Die Landkrankenkassen
nach der Reichsversicherungsordnung

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen juristischen Fakultät

der

Königl. Preuß. Universität Marburg a. d. L.

vorgelegt von

Ludwig Odernheimer

Ober-Ingelheim a. Rh.

Marburg a. L.

Druckerei Heinrich Bauer

1913

Referent:
Professor Dr. Fr. André

Dem Andenken

meines lieben Vaters

gewidmet.

Literaturverzeichnis.

Entwurf einer RVO. Amtliche Ausgabe mit Begründung. Berlin 1909.
Entwurf eines EG zur RVO. Amtliche Ausgabe mit Begründung. Berlin 1911.
Stenographische Berichte der Reichstagsverhandlungen 12. Legislaturperiode II. Session 1, 2. und 3. Lesung, Band 261, 266 und 267.
Bericht der 16. Kommission über den Entwurf einer RVO.
Endgültige Beschlüsse der Reichstagskommission nach der Zusammenfassung des Entwurfes einer RVO mit den Beschlüssen der 16. Kommission.
van der Borght, Grundzüge der Sozialpolitik 1904.
" Krankenversicherung im Handwörterbuch der Staatswissenschaften Band V, S. 360 ff.
Düttmann, Führer durch die deutsche Arbeiterversorgung nach der RVO.
von Frankenberg, Kommentar zur RVO II. Buch. Altenburg 1912.
Hahn, Handbuch der Krankenversicherung I—III. Lieferung §§ 1—376.
Hanow, Kommentar zur RVO, I. Buch Gemeinsame Vorschriften 1912.
Happe, Die Krankenversicherung der in der Landwirtschaft Beschäftigten nach der RVO in „Das Land" 21. Jahrg. No. 4.
Hoffmann, Das Krankenversicherungsgesetz 1. Aufl. 1908.
" Kommentar zur RVO, II. Buch Krankenversicherung, 2. Aufl. 1912.
Joachim-Kern, Der Arzt in der RVO. Jena 1912.
Kaskel-Sitzler, Grundriß des sozialen Versicherungsrechts. Berlin 1912.
v. Köhler, Schäffer, Biesenberger, Schall, Kommentar zur RVO 1911/1912.
Laband, Das Staatsrecht des Deutschen Reichs I. Band 4. Aufl. 1901.
Mailänder, Die Ortskranken- und die Gemeindekrankenversicherung nach dem Krankenversicherungsgesetz und dem Entwurf der RVO. Diss. 1910.
Manes, Die Krankenversicherung 1912.
Mayer, Die Krankenversicherung der RVO und ihrer Nebengesetze. I. Lieferung §§ 1—33.
Ritter, Die deutschen Krankenkassen unter besonderer Berücksichtigung ihrer Weiterentwicklung. 1909.
Rosin, Der Rechtsbegriff der Selbstverwaltung in Hirths Annalen des Deutschen Reichs 1883, S. 305—322.
" Das Recht der Arbeiterversicherung I. Band. Berlin 1893.
Rumpf, Der Arzt und die deutsche RVO. Jena 1912.
Stier-Somlo, Studien zum sozialen Recht. 1912.
" Kommentar zur RVO I. und II. Lieferung §§ 1—165 1911/12.
Weyl, Lehrbuch des Reichsversicherungsrechts. Leipzig 1894.
Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts.
Die Arbeiterversorgung. Herausgegeben von Dr. Troschel. Berlin, 28.—30. Jahrg. 1911/13.
Monatsblätter für Arbeiterversicherung, herausgegeben von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts 5.—7. Jahrg. 1911/13.
Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt, herausgegeben von Franke und Zimmermann 22. und 23. Jahrg. 1912/13.
Der Versicherungsbote 4.—6. Jahrg. 1911/13.
Zentralblatt der Reichsversicherung, herausgegeben von Stier-Somlo. Bonn 7.—9. Jahrg. 1911/13.

Abkürzungen.

AG = Ausführungsgesetz.
Allgem Begr = Allgemeine Begründung zur RVO.
AOKK = Allgemeine Ortskrankenkasse.
Arb Vers 11 = Die Arbeiterversorgung für das Jahr 1911.
BKK = Betriebskrankenkasse.
EG = Einführungsgesetz.
Entw = Entwurf.
Erl H M = Erlaß des Ministers für Handel und Gewerbe.
Gew O = Gewerbeordnung.
Hoffmann Komm = Hoffmann Kommentar zur RVO.
JKK = Innungskrankenkassen.
JVG = Invalidenversicherungsgesetz.
KK = Krankenkasse.
KO = Konkursordnung.
Komm = Kommentar.
Komm B I = Kommissionsbericht zum I. Buch der RVO.
KVG = Krankenversicherungsgesetz.
LKK = Landkrankenkasse.
LVA = Landesversicherungsamt.
Monatsbl Arb Vers = Monatsblätter für Arbeiterversicherung.
OVB = Oberste Verwaltungsbehörde.
OKK = Ortskrankenkasse.
OVA = Oberversicherungsamt.
OVAO = Kaiserliche Verordnung betr. den Geschäftsgang und das Verfahren des OVA.
Rosin = Rosin, das Recht der Arbeiterversicherung Band I.
RVA = Reichsversicherungsamt.
RVO = Reichsversicherungsordnung.
Sten B = Stenographische Berichte.
VA = Versicherungsamt.
VAO = Kaiserliche Verordnung betr. den Geschäftsgang und das Verfahren des VA.
Zentralbl = Zentralblatt der Reichsversicherung.

Inhaltsverzeichnis.

§ 1. Einleitung. Entstehungsgeschichte und Bedeutung der LKK.

Die LKK dienen neben den anderen Arten von Krankenkassen, deren Errichtung nach § 225 notwendig oder zulässig ist, zur Durchführung der staatlichen Krankenversicherung. Sie sind durch die RVO vom 19. Juli 1911 neu geschaffen und treten nach Art. 1 der auf Grund des Art. 4 EGRVO ergangenen Kaiserlichen Verordnung vom 5. Juli 1912 am 1. Januar 1914 ins Leben. Die LKK sind hauptsächlich zur Aufnahme der durch die Ausdehnung der Versicherungspflicht in die Krankenversicherung neu einbezogenen Personengruppen bestimmt. Welche Bedeutung den LKK einmal zukommen wird, läßt sich in der gegenwärtigen Uebergangszeit nicht sagen. Zu einer allgemeinen Einführung kommt es nicht, da die Verhältnisse in manchen Bundesstaaten die Errichtung von LKK nicht notwendig machen, so daß sie in diesen bereits durch Gesetz vollständig ausgeschlossen worden sind. Auch innerhalb Preußens sind die Verhältnisse so verschieden, daß in einigen Gebieten von einer Errichtung abgesehen werden kann.

Eine besondere Behandlung der neuen Kassenart rechtfertigt sich aber einerseits durch die für sie getroffenen mannigfachen Abweichungen von den allgemeinen Bestimmungen, andererseits durch den immerhin nicht unerheblichen Kreis von Versicherten, der der LKK zugewiesen ist.

Was zunächst den Namen der neuen Kasse betrifft, so waren außer der nun festgelegten eine Reihe anderer Bezeichnungen vorgeschlagen, (z. B. Sonderkassen, Bezirkskrankenkassen, Kreiskrankenkassen u. s. w.), mit Rücksicht darauf, daß die Kasse nicht allein für das Land bestimmt ist und auch andere Berufszweige neben der Landwirtschaft darin Aufnahme finden. Aber alle Namen waren nicht so zutreffend und ließen Verwechslungen befürchten. Die angenommene Bezeichnung „Landkrankenkassen" ist dadurch gerechtfertigt, daß ihr überwiegend ländliche Berufskreise angehören und das Wort „Land" auch nicht ausschließlich Beziehungen zu ländlichen Kreisen zum Ausdruck zu bringen braucht, wie z. B. die Wortverbindung in Landgericht, Landrat u. s. w. beweisen.[1])

Maßgebend für die Schaffung dieser neuen Kasse war die Erwägung, daß die fortbestehenden Kassenarten, besonders die OKK sich nicht für die Aufnahme der sich auf ungefähr 5—7 Millionen belaufenden Zahl von neu einzubeziehenden Versicherungspflichtigen, besonders der landwirtschaftlich und hausgewerblich Beschäftigten, eigneten. Bei der Reform der Krankenversiche-

1) Komm. B II S. 127, 128.

rung stieß der Plan einer gesonderten Durchführung der Versicherung der Landarbeiter in den LKK, wie überhaupt die Errichtung von Sonderkassen auf heftigen Widerstand, und der Kampf für oder gegen die Errichtung der LKK hat sich bis vor kurzem in den bundesstaatlichen Parlamenten, sowie bei der Erörterung der Bedürfnisfrage in den einzelnen Bezirken fortgesetzt.

Daher sollen hier kurz die Gründe, die für und gegen die LKK sprachen und sprechen, erörtert werden. Man kann sie vielleicht in Gründe theoretischer und praktischer Natur scheiden. Die ganze Reform der Krankenversicherung war getragen von dem Wunsche einer möglichsten Zentralisation des Kassenwesens, sowie einer Ausdehnung der Versicherungspflicht derart, daß der Kreis der invaliden- und krankenversicherungspflichtigen Personen sich decken sollten. Die Notwendigkeit der Zentralisation wurde allgemein anerkannt und ergibt sich durch einen Blick in die Statistik. Im Jahre 1909 bestanden nicht weniger als 23 279 verschiedene Krankenkassen, von denen ungefähr 16 100 Kassen nicht die jetzt durch die RVO vorgeschriebene Mindestmitgliederzahl von 250 erreichten. Es liegt klar auf der Hand, daß solche kleinen Kassengebilde nur schwer ihr finanzielles Gleichgewicht behalten können, (besonders bei Massenerkrankungen, oder schlechter oder gar ungetreuer Kassenverwaltung), wenn diese Kassen nicht gar dauernd an Leistungsunfähigkeit kranken. Dieser berechtigten Forderung nach Zentralisation widersprach aber die im Entwurf vorgesehene Neuschaffung einer weiteren Kassenart. Aber man war sich überhaupt nicht einig, wie weit man in der Zentralisation gehen sollte. Die großen, alle Versicherungspflichtigen eines Bezirks umfassenden KK z. B. Leipzig mit 200 000 Mitgliedern, Frankfurt a. M. mit 100 000 Mitgliedern hatten die Vorzüge großer Organisationen gegenüber den kleinen Kassen bewiesen. Infolge der großen Zahl der verschiedensten Berufsgruppen wird das Risiko gleichmäßig verteilt und dadurch die Kasse bedeutend leistungsfähiger. Die Verwaltung wird verhältnismäßig billiger, und daher kann mehr für die eigentlichen Zwecke der Krankenversicherung aufgewendet werden. Es kann eine kostspielige Heilbehandlung mit den neuesten Mitteln medizinischer Wissenschaft, z. B. Röntgen-Kabinetten, orthopädischen Anstalten vorgenommen und dadurch vollkommene Heilung erzielt werden. Die Kasse kann auch krankheitsvorbeugend tätig werden, indem sie Mittel zur Erforschung der Krankheitsursachen zur Verfügung stellt. Aus diesen Gründen sind möglichst große Kassen zu erstreben, und die Forderung begeisterter Anhänger des Zentralisationsgedankens ging sogar dahin, eine Einheitskasse zur Durchführung der gesamten Krankenversicherung zu schaffen. Eine Uebertreibung der Zentralisation hat aber auch ihre Nachteile, die nicht zu verkennen sind. Die Verwaltung allzu großer Kassen wird durch den erforderlichen großen Verwaltungsapparat unübersichtlich, kompliziert und verteuert. Die Kasse verliert die Fähigkeit, sich besonderen örtlichen und beruflichen Verhältnissen anzupassen. Die Kontrolle der Erkrankten wird erschwert, da die bis zu einem gewissen Grade in kleinen Kassen bestehende gegenseitige Kontrolle der Mitglieder wegfällt. Hierdurch wird die Gefahr der Simulation, eines Uebels, das jeder Versicherung mehr oder weniger anhaftet, erheblich vergrößert. Diesen Nachteil hat man auch erkannt und

den Fehler übertriebener Zentralisation vermieden, indem man die Errichtung einzelner KK nur für bestimmte kleinere Bezirke festsetzte. Jedoch ließ sich eine rein örtliche Abgrenzung ohne jede berufliche Unterscheidung nicht durchführen. Das Ideal wäre eine einzige allgemeine Krankenkasse für alle Versicherungspflichtigen eines untersten Verwaltungsbezirks gewesen. Dazu hätte es aber eines Bruches mit der ganzen historischen Entwicklung bedurft. Es war jedoch unmöglich, die im Laufe von Jahrzehnten herausgebildete Kassenorganisation, die bereits tief in unser Volks- und Wirtschaftsleben eingedrungen ist, ohne Schaden vollständig zu beseitigen und durch eine vollständig neue zu ersetzen. Vor allem widersetzten sich die mittleren KK und besonders die BKK einer Beseitigung. Letztere haben infolge guter Leitung bei denselben oder geringeren Beiträgen meist dieselben, häufig aber höhere Leistungen als die großen OKK aufzuweisen. Für das Fortbestehen der JKK trat selbst die Regierung ein, da diese Kassen ein wichtiges Mittel sind, um das von den verbündeten Regierungen und der großen Mehrzahl des Reichstags in gleichem Maße geförderte Innungsleben zu heben und zu festigen.[1]) Deshalb sah man davon ab, die bewährten Kassenarten zu beseitigen und begnügte sich damit, die leistungsunfähigen Zwergkassen, sowie die dem in der Krankenversicherung allgemein durchgeführten Prinzip der Selbstverwaltung widersprechende Gemeindekrankenversicherung zu beseitigen. Diese war ursprünglich auch nur als subsidiäre Kassenart gedacht, hat jedoch besonders in Bayern einen erheblichen Umfang angenommen. Angesichts dieser Gestaltung der Krankenkassenorganisation und der nur in beschränktem Maße durchgeführten Zentralisation fiel der Zentralisationsgedanke nicht mehr so schwer gegen die Neuschaffung der LKK in die Wagschale. Da ebenfalls der Grundsatz der rein örtlichen Abgrenzung durch die Beibehaltung der besonderen Kassenarten zugunsten der beruflichen durchbrochen war, so konnte dieser Grundsatz nicht mehr gegen eine Aussonderung einzelner Berufsgruppen angeführt werden.

Dafür entbrannte der Streit umso heftiger über die wirtschaftlichen und politischen Gründe. Die verschiedenen Verhältnisse, wie sie teilweise noch zwischen den Landarbeitern und den gewerblichen Arbeitern bestehen, ließen es nicht ratsam sein, die beiden Gruppen in einer Kasse zu vereinigen. Man befürchtete, daß die Landbevölkerung, die sich bis jetzt wenig um Selbstverwaltungsangelegenheiten bekümmert hatte, durch ihre organisierten städtischen Kollegen vollständig von der Teilnahme an der Verwaltung ausgeschlossen würden. Ferner paßte das vielfach bei der Landwirtschaft noch bestehende Naturallöhnungssystem oder wenigstens der teilweise Bezug von Sachleistungen nicht zu den auf reiner Geldwirtschaft aufgebauten OKK. Schließlich, und das war wohl der Hauptgrund, wollte man den Uebelständen, die sich bei manchen OKK unter dem Einflusse der Sozialdemokratie entwickelt hatten und dem Hinaustragen sozialdemokratischer Agitation auf das platte Land vorbeugen. Bei den anderen Gruppen, besonders den hausgewerblich Beschäftigten, sprachen rein versicherungstechnische Gründe mit.

1) Allgem. Begr. S. 111.

Die gesonderte Listenführung, die verwickelte Beitragsberechnung und -Zahlung erforderten eine mehr bureaukratische Verwaltung. Diesen Gründen trat die Mehrheit des Reichstags bei und beschloß daher die Einführung der LKK. Die Minderheit im Reichstage bekämpfte die Einführung wegen der Zurücksetzung der landwirtschaftlichen Arbeiter sowie der anderen Mitgliedergruppen, da den Arbeitgebern und Mitgliedern der LKK das Selbstverwaltungsrecht verkürzt, und die Regelleistungen durchweg minderwertig gegenüber den der OKK seien. Sie bestritt die Notwendigkeit einer besonderen Regelung der Versicherung dieser Berufsgruppen aus wirtschaftlichen oder versicherungstechnischen Gründen. Ihre Gründe waren zum Teil nicht zu verwerfen. Sie verkannten aber die innerhalb des Deutschen Reichs bestehenden großen Verschiedenheiten. Man kann nicht die Verhältnisse im Osten des Reichs nach den Verhältnissen in den Industriegebieten oder in solchen Gebieten, in denen die Landarbeiter fast den gewerblichen Arbeitern gleichstehen, beurteilen. Die Angriffe, die sich gewöhnlich nur auf die Verhältnisse in einem ganz bestimmten Bezirke oder in einer Berufsgruppe stützten, konnten die grundsätzliche Notwendigkeit der Einführung und besonderen Organisation nicht widerlegen. Aber soweit sie begründet waren, sind sie in weitgehendem Maße anerkannt worden, indem nicht eine lückenlose Errichtung zum Gesetz erhoben worden ist. Die Berücksichtigung besonderer Verhältnisse, die die Durchführung der Versicherung der landkrankenkassenpflichtigen Personen in den OKK ermöglichen, ist zunächst den Bundesstaaten gestattet, indem diese durch Landesgesetz generell die Errichtung von LKK für ihr ganzes Gebiet oder Gebietsteile ausschließen können. Daneben kann von Fall zu Fall von einer Errichtung Abstand genommen werden in solchen Bezirken, in denen von den Beteiligten das Bedürfnis verneint worden ist. Von diesen Befugnissen ist bereits, wie schon am Anfang bemerkt, Gebrauch gemacht. So haben z. B. Württemberg, Baden, Elsaß-Lothringen die Errichtung ausgeschlossen; für die Provinz Hessen-Nassau ist allgemein das Bedürfnis verneint worden.

Infolge dieser Gestaltung läßt sich nun auch nicht die Zahl der zu errichtenden LKK und noch weniger ihre Mitgliederzahl angeben. Zur Orientierung sollen jedoch die dem Regierungsentwurf zu Grunde gelegten Berechnungen hier mitgeteilt werden, die immerhin manche Schlüsse auf die Bedeutung der LKK zulassen.

Die LKK soll nach dem Gesetz in der Regel für den Bezirk eines VA errichtet werden. Die Zahl der errichteten VA beläuft sich auf ungefähr 1000.[1]) Die Fassung des § 226 Abs. 2 läßt wohl die Errichtung mehrerer LKK innerhalb eines Bezirks zu, aber auf der anderen Seite ist, wie oben erwähnt, die Errichtung bereits für große Gebiete ganz ausgeschlossen, sodaß die Zahl der errichteten oder zu errichtenden LKK bedeutend geringer sein wird.

Nach der finanziellen Begründung zum Entwurf der RVO ergaben sich auf Grund der Berufsstatistik vom 1. Juni 1907 folgende Zahlen für die neu in die Krankenversicherung einzubeziehenden Personen:

1) Sten B Bd. 261 S. 2459.

1)	landwirtschaftlich Beschäftigte	3 000 000
2)	Dienstboten (nach Abzug der bereits landesrechtlich Versicherungspflichtigen)	1 105 000
3)	unständig Beschäftigte	356 000
4)	im Wandergewerbe Beschäftigte	40 000
5)	hausgewerblich Beschäftigte	295 000
	zusammen	4 790 000

Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, daß die unständig Beschäftigten nur dann der LKK angehören, wenn sie überwiegend in der Landwirtschaft tätig sind.

Man kann daher die Zahl auf rund 4 1/2 Millionen annehmen. Hierzu kommt noch ein großer Teil der jetzigen Mitglieder der Gemeindekrankenversicherung, die mit dem 1. Januar 1914 vollständig verschwindet. Im Jahre 1911 bestanden 8217 Gemeindekrankenversicherungen mit 1 671 827 Mitgliedern.

Aus diesen Zahlen ergibt sich, daß die LKK, auch wenn ein großer Teil der ihr ursprünglich zugedachten Personen Mitglieder anderer KK werden, immerhin einen gewissen Faktor in der zukünftigen Krankenversicherung des Deutschen Reichs bilden werden.

§ 2. Uebersicht über die Entwicklung der Krankenversicherung.

Die Krankenversicherung bildet denjenigen Zweig der Arbeiterversicherung, der ursprünglich hauptsächlich dem Schutz der wirtschaftlich ganz von dem Verdienste ihrer Hände abhängigen Arbeiterklassen gegen die ihnen durch Krankheit drohenden Schäden bezweckt. Sie ist hervorgerufen durch den erwachenden Gemeinschaftsgeist, der den Arbeiter nicht mehr als bloßen Produktionsfaktor ansieht, sowie aus der Erkenntnis, daß eine gesundheitliche Besserstellung als Bedingung besserer Arbeitsleistung auch im eigenen Interesse der Arbeitgeber und Unternehmer liegt. Zu diesen Beweggründen kommt bei der neuesten Gesetzgebung, besonders hinsichtlich der Wöchnerinnen- und Säuglingsfürsorge, der Gesichtspunkt der Hebung der Volksgesundheit und damit einer Hebung der Wehrkraft des deutschen Volkes.

Solange der Dienstherr infolge der bestehenden engen und patriarchalischen Verhältnisse für die Bedürfnisse seiner gewerblichen oder ländlichen Arbeiter auch bei Krankheit und Arbeitsunfähigkeit sorgte, oder diese Lohnarbeit nur den Uebergang zum selbständigen Unternehmen bildete, bedurfte es keiner gesetzlichen Fürsorge. Dies änderte sich jedoch allmählich mit der neuen gewerblichen und besonders industriellen Entwicklung des 19. Jahrh. Die Aenderung der Produktionsweise im Zeitalter der Maschinen führte zur Bildung von Großbetrieben, in denen der Unternehmer kein großes Interesse mehr an dem Wohlergehen seines einzelnen Arbeiters hatte, da er diesen bei Erkrankung jederzeit durch einen anderen ersetzen konnte. Damit war das enge persönliche Verhältnis aufgehoben nnd an seine Stelle

trat ein immer größer werdender Gegensatz zwischen dem Arbeitgeber und dem neugebildeten sozialen Stande der dauernd unselbständig beschäftigten gewerblichen Arbeitnehmer. Die Folge hiervon war, daß die alten Formen und Mittel der Fürsorge wegfielen und diese Lohnarbeiter bei Beeinträchtigung oder Verlust ihrer Arbeitsfähigkeit „ihrer einzigen verwertbaren Ware"[1]) auf ihre eigene finanzielle Kraft angewiesen waren. Diese reichte aber in den seltensten Fällen aus.

I. Periode bis zur Kaiserlichen Botschaft: nur mittelbarer Arbeiterschutz.

Bei der infolgedessen allmählich neu einsetzenden Fürsorge kann man mit Rosin drei Formen unterscheiden, unter dem Gesichtspunkte, wer die Unterstützung gewährt.

Zunächst suchten die Arbeiter selbst im Wege der Selbsthilfe sich gegenseitig in Fällen der Not zu unterstützen. Ein Vorbild bot sich ihnen in den Einrichtungen des Bergbaues, den Bruder- nnd Knappschafsladen der schon sehr früh durch die besonderen Gefahren ihres Berufs zu der Erkenntnis gegenseitiger Unterstützungspflicht gelangten Bergarbeiter. Auf dieser genossenschaftlichen Grundlage bildeten sich die Hülfskassen und die Innungskrankenkassen, deren Bildung durch entsprechende Gesetzgebung (Gew. O., Gesetz über die eingeschriebenen Hülfskassen von 1876) gefördert wurde.

Neben diese Selbsthilfe trat, jedoch nur in sehr geringem Maße, eine Fürsorge des Arbeitgebers, teils freiwillig, indem einsichtsvolle Großbetriebsunternehmer aus eigenen Mitteln für ihre Arbeiterschaft Kasseneinrichtungen ins Leben riefen, teils gezwungen durch das Gesetz, das ihnen gesteigerte Verpflichtungen in einzelnen Berufen auferlegte, z. B. dem Rheder für seine Schiffsmannschaft auf Grund der Seemannsordnung von 1872.

Schließlich übernahmen der Staat oder Kommunalverbände selbst eine Fürsorge, die aber meistens nicht über den Umfang der Armenunterstützung hinausging.

Alle diese Mittel konnten jedoch keinen durchgreifenden Schutz gewähren. Ferner wurde von diesem bloß mittelbaren Schutz nur ein sehr geringer Teil der Arbeiter getroffen.

Dieser Periode des nur mittelbaren Arbeiterschutzes folgte die große Periode des unmittelbaren Arbeiterschutzes[2]) auf Grund der ausgedehnten, sozialpolitischen Gesetzgebung. Der Staat hatte die Notwendigkeit einer allgemeinen Fürsorge für diese Volksklassen gegen die ihnen durch ihren Beruf drohenden Gefahren erkannt, und suchte, um der immer wachsenden Erbitterung entgegenzutreten, die Gegensätze zwischen Unternehmer und Lohnarbeiter im Interesse des Staates nach Möglichkeit zu überbrücken oder zu versöhnen.

1) Rosin S. 143.
2) vgl. Weyl S. 19.

II. Periode: unmittelbarer Arbeiterschutz.

Diese Aufgaben des Staates, eine Sicherung der arbeitenden Klassen gegen die durch Krankheit, Unfälle, Alter und Invalidität herbeigeführten Notlagen zu schaffen, wurde durch die denkwürdige Allerhöchste Botschaft vom 17. November 1881 feierlich verkündet. Auf Grund dieser Botschaft fand von den in Aussicht genommenen Versicherungszweigen die Krankenversicherung zuerst ihre Regelung im Gesetz vom 15. Juni 1883. Man betrat darin den völlig neuen Weg der Zwangsversicherung in genossenschaftlich organisierten Krankenkassen mit Selbstverwaltung unter staatlicher Aufsicht. Die Mittel werden aus dem Ertrage der Arbeit von dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer selbst aufgebracht. Der Versicherte erhält einen gesetzlichen Anspruch auf die Leistungen, denen hierdurch der Charakter eines Almosens oder einer öffentlichen Armenunterstützung mit ihren öffentlich rechtlichen Nachteilen entzogen ist.

Zur Grundlage der Versicherungspflicht machte dieses Gesetz die Beschäftigung in bestimmten, im Gesetz aufgezählten Betrieben. Jedoch blieben noch eine Reihe von Berufsgruppen wegen der Schwierigkeit ihrer Einbeziehung von der Versicherung ausgeschlossen. Man begnügte sich vorläufig mit der Heranziehung der industriellen Arbeiter. Durch die Novellen- und Reformgesetzgebung erfolgte die schrittweise Ausdehnung auf immer weitere Kreise. Zunächst wurde durch das Gesetz vom 18. Mai 1885 über die Ausdehnung der Unfall- und Krankenversicherung besonders das Transportgewerbe berücksichtigt. Die Hoffnungen, die man an das Gesetz vom 5. Mai 1886 über die Kranken- und Unfallversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen geknüpft hatte, wurden jedoch nicht erfüllt, indem es keine allgemeine Versicherungspflicht dieser Personen, sondern nur die Grundlage zu besonderer statutarischer Anordnung brachte. Infolgedessen wurde diese Lücke in einer Reihe von Einzelstaaten (z. B. Baden, Hessen) durch Landesgesetz ausgefüllt. Durch die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz von 1892 wurden weitere Gruppen gewerblicher Arbeiter besonders die Heimarbeiter einbezogen, sowie weitere statutarische Ausdehnung zugelassen. Gleichzeitig wurden einige hervorgetretene Mängel beseitigt. Das Gesetz vom 30. Juni 1900 suchte die Krankenversicherung auf die Hausgewerbtreibenden auszudehnen. Ihre Durchführung scheiterte aber an den großen Schwierigkeiten. Neben dieser allmählichen Erweiterung des Kreises der Versicherten erfolgte eine bedeutende Erhöhung der Leistungen durch das Gesetz vom 25. Mai 1903, das die Höchstdauer der Krankenfürsorge von 13 auf 26 Wochen festsetzte, ferner die Wochenbett- und Schwangerschaftsfürsorge erweiterte und einige kleinere Aenderungen vornahm.

Auf Grund dieser Gesetze erhielten wir in Deutschland eine weitgehende und großzügige Krankenfürsorge. Mit der Zeit konnten jedoch Mängel bei einer solch großen gesetzgeberischen Arbeit, die ohne jedes Vorbild begonnen und durchgeführt war, nicht ausbleiben. Den Hauptmangel bildete, wie bereits erwähnt, die Zersplitterung im Kassenwesen. Die Notwendigkeit ihrer Beseitigung sowie der Wunsch, weitere Gruppen von Lohnarbeitern, die teils

schon landesgesetzlich oder statutarisch versicherungspflichtig waren, in die reichsgesetzliche Regelung einzubeziehen, hat in Verbindung mit einer Umgestaltung der anderen Zweige der Arbeiterversicherung, die sich unabhängig neben der Krankenversicherung entwickelt hatten, zu der großen Reform geführt, deren Ergebnis die RVO vom 19. Juli 1911 bildet. Durch sie erfährt der Kreis der krankenversicherungspflichtigen Personen eine erhebliche Ausdehnung und umgekehrt die Zahl der Krankenkassen eine bedeutende Verminderung.

Voraussichtlich wird die Zahl der Versicherten von 13 Millionen auf 18—20 Millionen steigen, die Zahl der KK sich um 13—15 000 vermindern und auf ungefähr 10 000 sinken. Die Gesamtkosten der Ausdehnung sind auf rund 60 Millionen Mark jährlich berechnet worden.[1]) Diese Zahl dürfte sich aber noch vergrößern infolge der erst in den Reichstagsverhandlungen beschlossenen Erhöhung der Verdienstgrenze von 2000 Mark auf 2500 Mark.

Mit seiner Arbeiterversicherung auf Grund der RVO geht Deutschland, wie bereits von allem Anfang seiner sozialen Gesetzgebung an, allen Kulturnationen voran. Bereits mit seinen Leistungen auf Grund der alten Gesetze läßt Deutschland die anderen Staaten, besonders England und Frankreich weit zurück.

Einen Einblick in den Stand der Krankenversicherung auf Grund des alten KVG, die Mitgliederzahl und die Leistungen soll folgende Tabelle gewähren.[2])

---

1) Reichstagsdrucksachen Bd. 274 S. 658.

2) Literatur: die Krankenversicherung im Jahre 1911, Statistik des Deutschen Reiches Bd. 258.

Die Krankenversicherung im Jahre 1911.

Kassenarten	Zahl der Kassen überhaupt	Zahl der Kassen im Durchschnitt d. Jahres	Mitglieder im Durchschnitt des Jahres	Erkrankungsfälle mit Erwerbsunfähigkeit überhaupt	Erkrankungsfälle auf 100 Mitgl.	Krankheitstage mit Krankengeld oder Behandlung im Krankenhause überhaupt	Krankheitstage auf 100 Mitgl.	Krankheitskosten überhaupt	Krankheitskosten auf 1 Mitgl.	Beiträge der Arbeitgeber	Beiträge der Arbeitnehmer, Eintrittsgelder und Zusatzbeiträge für Familienunterstützung überhaupt	Beiträge ... auf 1 Mitgl.	+ Mehrempfang — Mehrleistung des Versicherten	Vermögen Ende 1911
Gemeindekrankenversicherung	8 198	7 966	1 700 696	476 982	28,0	9 632 402	566,4	24 506 775	14,41	7 798 377	15 595 819	9,17	+ 5,24	2 843 500
Ortskrankenkassen	4 748	4 739	7 217 908	3 152 493	43,7	64 893 231	899,1	188 815 740	26,16	71 223 803	144 722 085	20,05	+ 6,11	151 741 911
Betriebskrankenkassen	7 921	7 864	3 396 045	1 654 590	48,7	30 887 880	909,5	113 255 766	33,35	37 615 340	76 030 001	22,39	+10,96	127 279 317
Baukrankenkassen	41	38	17 056	10 008	58,7	159 751	936,6	497 715	29,18	185 979	373 791	21,92	+ 7,26	277 505
Innungskrankenkassen	845	832	327 077	125 689	38,4	2 548 680	779,2	7 927 519	24,24	3 206 189	6 512 100	19,91	+ 4,33	7 214 433
Eingeschriebene Hilfskassen	1 227	1 210	925 148	341 934	37,0	6 800 338	735,1	21 795 602	23,56	—	24 493 471	26,48	— 2,92	21 825 360
Landesrechtliche Hilfskassen	129	129	35 118	10 692	40,4	206 623	588,4	669 279	19,06	—	690 504	19,66	— 0,10	1 830 568
Zusammen	23 109	22 778	13 619 048	5 772 388	42,4	115 128 905	845,4	357 468 396	26,25	120 024 688	268 417 771	19,71	+ 6,54	313 014 594

I. Aeußere Organisation.

§ 3. Entstehung der LKK.

Nach den einleitenden Bemerkungen kommen wir zur Darstellung und Würdigung der für die LKK in der RVO getroffenen Bestimmungen.

Die LKK als Träger der Versicherung Die LKK gehören zu den nach § 235 für die Durchführung der Versicherung bestimmten Kassenorganisationen. Sie sind öffentliche Genossenschaften, denen als Träger der Versicherung die Rechtsfähigkeit verliehen ist (§ 4). Daraus folgt, daß sie selbständig Rechte und Pflichten haben, die sie durch ihre Organe ausüben und erfüllen. Im Gegensatz zur seitherigen Gemeindekrankenversicherung haben sie vor allem eigenes Vermögen, mit dem allein unter Ausschluß weiterer Haftung der Mitglieder die Kassen ihren Gläubigern haften. Es knüpfen sich weiter hieran die prozessualen Folgen der Rechtsfähigkeit. Sie können als Prozeßpartei vor Gericht klagen oder verklagt werden (§ 51 CPO). Dabei hat die Kasse ihren allgemeinen Gerichtsstand am Sitze der Kassenverwaltung. Daneben kann die Satzung soweit nicht ein ausschließlicher, z. B. dinglicher Gerichtsstand in Betracht kommt, einen besonderen Gerichtsstand festsetzen, durch den aber der allgemeine Gerichtsstand nicht ausgeschlossen, sondern nur die Wahl zwischen beiden gelassen werden kann. Den LKK steht gegenüber der unselbständigen Gemeindekrankenversicherung, deren Fortsetzung und Weiterentwicklung sie in gewissem Grade bilden, das Recht der Selbstverwaltung zu. Diesem steht im Interesse des Staates und der Erfüllung der den Kassen gestellten Aufgaben ein Aufsichtsrecht des Staates gegenüber. Dieses Recht der Selbstverwaltung, einer der am meisten angegriffenen Punkte bei der Einführung der LKK, ist allerdings im Vergleich mit der OKK ziemlich stark beschränkt, insofern die Organe der LKK nicht direkt aus der Wahl der beteiligten Arbeitgeber und Versicherten hervorgehen, sondern durch die Vertretung des zuständigen Gemeindeverbandes gewählt werden, sodaß den Beteiligten hierbei nur ein sehr geringer Einfluß verbleibt. Daß dieses aber einer Aufhebung des Selbstverwaltungsrechts gleich kommt, wie von verschiedenen Seiten in den Kommissions- und Reichstagsverhandlungen ausgeführt wurde, kann nicht gesagt werden, denn nach der herrschenden Lehre bedeutet Selbstverwaltung der Gegensatz von verwaltet werden.[1]) Sie liegt nach Laband dann vor, wenn eine oberste Gewalt die ihr zustehenden Hoheitsrechte nicht unmittelbar mittels ihres eigenen Beamtenkörpers durchführt, sondern sich darauf beschränkt, lediglich die Normen für die Ausübung der

---

1) Vgl. Laband Bd. 1 S. 97 Anm. 2; Rosin, Hirths Annalen 83 S. 305 ff.; Kaskel-Sitzler S. 56.

Hoheitsrechte aufzustellen und ihre Durchführung zu beaufsichtigen, während die Durchführung selbst den ihr untergeordneten Körperschaften übertragen oder überlassen ist. Diese Befugnisse stehen aber der LKK alle zu. Sie führt die Verwaltung ihrer Angelegenheiten durch eigene Organe, denn das sind sie trotz Wahl durch den Gemeindeverband, und durch ihre eigenen Angestellten vollständig selbständig durch, ohne daß eine Behörde in die von der Kassenverwaltung nach ihrem Belieben als zweckmäßig getroffenen Anordnungen eingreifen kann. Diese sind lediglich an die gesetzlichen Schranken gebunden. Wenn der Staat den anderen KK größere Selbständigkeit verliehen hat, so liegt das ganz in seinem Belieben, wieweit er sich seiner Machtbefugnisse zu Gunsten einzelner Gruppen der Gesamtheit begeben will. Ebensowenig kann in dieser Hinsicht von einer Entrechtung der Landkrankenkassenpflichtigen gesprochen werden, denn die meisten Betroffenen waren seither entweder überhaupt nicht versichert, hatten daher auch keinen Anteil an den Rechten dieser Kassen, oder sie gehörten zur Gemeindekrankenversicherung, wo sie keinen Anteil an der Verwaltung hatten. In beiden Fällen sind den Versicherten daher mehr Rechte gegeben, als ihnen zuvor zustanden, und diesen Fall pflegt man nicht Entrechtung zu nennen. Ob man der LKK dieselben Rechte wie den OKK hätte geben können oder sollen, ist dagegen eine andere Frage, deren Beantwortung aber an dieser Stelle unangebracht ist, da ja die Organisation für Jahre festgelegt ist und an Reformen nicht wieder sofort gedacht werden kann. Hier soll auch nur das jetzt Gesetz Gewordene geschildert werden. Vor allen Dingen ist stets vor Augen zu halten, daß ein breiter Grundstock gelegt ist, auf dem, sobald er tief und fest genug in unser Volks- und Wirtschaftsleben eingedrungen ist, mit großer Zuversicht weiter gebaut werden kann.

Bei der Entstehung der LKK sind zwei Momente zu unterscheiden:
1. die Errichtung der Kasse § 226 Abs. 1.
2. die Festsetzung der Satzung § 320 Abs. 1; denn in § 320 Abs. 1 heißt es: für jede KK ist, bevor sie ins Leben tritt, eine Satzung zu errichten. Beides gehört daher zusammen.

Da aber die Satzung zur inneren Verfassung der LKK gehört und diese Abhandlung ebenso wie das Gesetz die Trennung zwischen äußerer und innerer Organisation macht, so können die Bestimmungen über die Satzungen erst später im § 7 behandelt werden.

Errichtung durch den Gemeindeverband

Die LKK wird ebenso wie die AOKK für örtliche Bezirke errichtet. Während man bei dem Gesetz von 1883 in erster Linie von der beruflichen Grundlage ausgegangen war, da man bei ihr verhältnismäßig kleinere Krankheitsgefahr, leichtere Durchführung der Selbstverwaltung und der Krankenkontrolle annahm, hat man jetzt infolge der in der Praxis hervorgetretenen natürlichen Entwicklung in der Richtung einer territorialen Organisation diese in der Hauptsache zur Durchführung gebracht.[1]) Nach § 226 Abs. 2 ist in der Regel innerhalb des Bezirks eines VA,

1) Komm. B II S. 123.

das der unteren Verwaltungsbehörde [1]) als besondere „Abteilung für Arbeiterversicherung" angegliedert ist (§ 36 Abs. 1), eine LKK zu errichten. Ursprünglich war beabsichtigt, in jedem Bezirk nur eine LKK zuzulassen. Durch die dem § 226 Abs. 2 in der Reichstagskommission gegebene Fassung ist die Möglichkeit gegeben, innerhalb eines Bezirks mehrere LKK zu errichten, um besonderen eigenartigen Verhältnissen dieses Bezirks, z. B. seiner wirtschaftlichen Struktur Rechnung tragen zu können. Von der allgemeinen Regel kann ferner nach § 226 Abs. 3 die oberste Verwaltungsbehörde [2]) Abweichungen zulassen oder anordnen, z. B. den Bezirk einer LKK über den eines VA ausdehnen, und diese Befugnisse kann sie nach der Begründung [3]) den OVA, die im allgemeinen einen wesentlichen Faktor bei der Errichtung von LKK bilden, übertragen (§ 110).

Wie geht nun die Errichtung einer LKK vor sich? Nach § 231 Abs. 1 wird sie durch Beschluß des Gemeindeverbandes errichtet. Als Gemeindeverband im Sinne des 2. Buches der RVO bezeichnet § 526 den größeren Kommunalverband, dessen Bezirk den Kassenbezirk bildet oder als nächst größerer Verband umfaßt.[4]) Es ist daher gleichgültig, ob die Kasse für den ganzen Bezirk, oder nur für einzelne Gemeinden errichtet werden soll. Eine Ausnahme bildet nur der Fall, daß die OVB die Errichtung einer LKK für eine einzelne Gemeinde anordnet oder zuläßt (§ 226 Abs. 3) und diese Gemeinde nach § 111 Abs. 1 Z. 2 als Gemeindeverband bestimmt, oder was auf dasselbe hinauskommt, diese nach § 526 Abs. 2 als zuständig erklärt. Wo keine Gemeindeverbände bestehen, bestimmt die Landesregierung, wer zuständig ist. (§ 526 Abs. 3.)

Als einzige Voraussetzung für die Errichtung einer LKK verlangt das Gesetz, daß ihr mindestens 250 Pflichtmitglieder anzugehören haben.

Daneben ist aber auch die Bedürfnisfrage zu prüfen.[5]) Daher muß dem Beschlusse der Errichtung die Bejahung der Bedürfnisfrage durch das OVA vorangehen. Dieses spricht sie aus, nachdem es die durch das VA vorgenommene feste Abgrenzung des Bezirks der LKK und der darin von ihm angestellten Ermittelungen über die Zahl der Versicherungspflichtigen und ihre Verteilung auf die einzelnen Kassenarten geprüft hat. Wenn alles dies geschehen ist, spricht der Gemeindeverband, — und zwar die Gemeindevertretnng, da es sich um eine Gemeindeangelegenheit handelt[6]) — die Errichtung der LKK aus.[7])

---

1) D. i. in Preußen der Landrat, in Städten über 20000 Einwohnern der Oberbürgermeister, in Hessen das Kreisamt.

2) In Preußen: der Minister für Handel und Gewerbe; in Hessen: Ministerium des Innern.

3) Begr. S. 166.

4) In Preußen sind dies nach Z. 6 Erl. H. M. vom 7. XII. 11: die Stadt- und Landkreise sowie die Gemeinden, soweit der Bezirk der LKK nicht über den der Gemeinde hinausgehen soll.

5) Näheres über diese beiden Punkte in diesem Paragraphen bei: Ausnahme von der Errichtung. S. 14.

6) Hoffmann Komm. § 231 Anm. 2.

7) Der Hergang soll an einem Beispiel für Preußen und speziell für das VA Marburg gezeigt werden. Das VA stellte zunächst Erhebungen über die Zahl

Wenn die Errichtung mehrerer LKK innerhalb eines Bezirks zulässig ist, sei es auf Grund allgemein gegebener Voraussetzungen oder besonderer Anordnung der OVB (§ 226 Abs. 3), haben sich die beteiligten Gemeinden oder Verbände über Zahl und Bezirk der zu errichtenden Kassen zu einigen. (§ 231 Abs. 2)

Anordnung der Errichtung und Errichtung durch das OVA Die RVO kennt zwei Fälle, in denen das OVA die Errichtung einer LKK anordnen kann, nämlich:
1. wenn die soeben erwähnte Einigung nach § 231 Abs. 2 nicht erfolgt,
2. wenn der zur Errichtung verpflichtete Gemeindeverband seiner Pflicht nicht nachkommt (§ 232).

Das OVA wird dabei zunächst einen Zeitpunkt festsetzen, der vor dem 1. Januar 1914 liegen muß,[1]) bis zu dem der Gemeindeverband die Kasse zu errichten hat.

In beiden Fällen steht dem Gemeindeverband gegen die Anordnung des OVA nach § 233 Abs. 1 die Beschwerde an die OVB offen. Die Beschwerde ist nach § 228 binnen 1 Monat bei der OVB einzureichen (§ 129 Abs. 1). Die Frist für die Errichtung wird daher zweckmäßig nicht weniger als einen Monat betragen, da sonst diese Frist schon abgelaufen ist, während die Beschwerdefrist noch läuft. Eine Kürzung dieser Frist durch das OVA würde gegen das zwingende Recht verstoßen und ungültig sein.

Geht trotz dieser rechtskräftigen Anordnung der Beschluß des Gemeindeverbandes nicht innerhalb der gesetzten Frist ein, dann errichtet das OVA selbst die Kasse oder beauftragt damit das VA (§ 233 Abs. 2).

Ausnahmen von der Errichtung Regelmäßig werden in dem Bezirk eines VA AOKK u. LKK nebeneinanderbestehen, denn eine AOKK soll, wenn irgend möglich, errichtet werden, um die Durchführung der Krankenversicherung überall zu gewährleisten. Ebenso empfiehlt sich aber auch die Errichtung von LKK, weil bei ihnen im Hinblick auf §§ 331, 336 eine sichere Gewährleistung gegen das Eindringen politischer Strömungen in die Verwaltung der Krankenkassen gegeben ist. Zur Vermeidung unerträglicher Schablonisierung sind aber da, wo die Rücksicht auf die Verschiedenheit der Verhältnisse Abweichungen wünschenswert oder notwendig machen, im Gesetz

---

aller Krankenversicherungspflichtigen und außerdem besonders der Landkrankenkassenpflichtigen an. Unter Beibehaltung und entsprechender Umgestaltung der bestehenden Organisationen ergaben sich dabei:
6100 Mitglieder der AOKK Marburg, Stadt
3100 Mitglieder der AOKK Marburg, Land
3500 LKK Pflichtige zus. in Stadt- und Landkreis, außerdem 165 Mitglieder der Bäcker-Innungskasse. Da die Stadt Marburg auf die Errichtung einer selbständigen LKK verzichtete, so waren 3500 Mitglieder einer LKK für den Bezirk des VA gegeben, sodaß das VA dem OVA gegenüber die Bedürfnisfrage bejahte. Daraufhin beantragte auf Aufforderung des OVA der Kreisausschuß die Errichtuug einer LKK und der Kreistag beschloß sie.

1) In Preußen ist allgemein durch Erl. H M vom 4. XI. 12 der 1. April 1913 hierfür bestimmt gewesen, während der Beschluß nach § 231 Abs. 1 bis zum 1. Februar 1913 einzureichen war.

drei Fälle vorgesehen, in denen die Errichtung einer LKK unterbleiben muß bezw. kann.

1. die Errichtung einer LKK neben einer bestehenden AOKK muß, wie bereits oben angeführt, unterbleiben, wenn der Kasse nicht mindestens 250 Pflichtmitglieder zukommen würden. Die Zahl ist sehr niedrig gegriffen, — im Entwurf betrug sie 500. Hierdurch ist die Möglichkeit gegeben, außer der örtlichen Teilung eines Bezirks (§ 226 Abs. 2) in solchen bereits ziemlich kleinen Bezirken nochmals eine berufliche Trennung nach OKK und LKK durchzuführen. Diese allzu kleinen Gebilde sind aber durchaus zu verwerfen. Sie widersprechen vollständig dem Gedanken der Zentralisation und durch ihre Zulassung wird der alte Mangel, den die RVO gerade abstellen wollte, von neuem beschaffen. Durch die niedrige Mitgliederzahl entsteht wieder von vornherein die Leistungsunfähigkeit der Kassen, die noch durch die zum Teil ungünstigen Risiken bei den LKK-Pflichtigen vergrößert wird. Ferner werden die ohnehin durch die komplizierten Verhältnisse gesteigerten Verwaltungskosten noch bedeutend erhöht, infolge der umständlichen Verrechnungen, Listenführung u. s. w., da die Gelegenheitsarbeiter bald in einem, bald im anderen Bezirk arbeiten. Der häufige Wechsel ist aber auch für die Versicherten selbst nicht günstig, da sie außer der persönlichen Zeitaufwendung für Ab- und Anmeldung sich auch unter Umständen mit geringeren Leistungen als bei ihrer seitherigen Kasse begnügen müssen.

Ein Regulativ gegen eine allzu große Zersplitterung als Folge des § 228 bildet daher

2. die Bestimmung des § 229, nach der von einer Errichtung abgesehen werden kann, wenn das VA das Bedürfnis verneint. Hier kann eine strenge Prüfung, die, wie bereits oben erwähnt, jedem Beschluß vorausgehen muß, sehr heilsam wirken. Hier können die verschiedensten Erwägungen bei der Bejahung oder Verneinung des Bedürfnisses berücksichtigt werden. Der Beschlußausschuß kann nach Anhören einer angemessenen Zahl beteiligter Arbeitgeber und Versicherungspflichtigen das Bedürfnis verneinen. Als Beteiligte kommen dabei, wie sich von selbst ergibt und nicht besonders gesagt zu werden brauchte, diejenigen Versicherungspflichtigen in Betracht, die im Falle der Errichtung der LKK ihre Mitglieder sein würden, sowie deren Arbeitgeber.[1])

Abweichend von diesen Anordnungen im konkreten Falle bestimmt

3. § 227, daß die Landesgesetzgebung generell für das Gebiet oder Gebietsteile des Bundesstaates die Errichtung von LKK neben der AOKK ausschließen kann. Wie weit von ihr Gebrauch gemacht wird, läßt sich in der gegenwärtigen Uebergangszeit nicht genau sagen. In Preußen könnte diese Bestimmung höchstens auf einzelne Provinzen angewendet werden, und auch da wird es nicht geschehen, da man aus politischen Rücksichten möglichst auf Einführung der LKK sieht. Dagegen haben die süddeutschen Staaten

1) Auf Grund dieser Bestimmung ist von sämtlichen VAemtern der Provinz Hessen-Nassau die Bedürfnisfrage verneint worden, so daß innerhalb des Bezirks des OVA Wiesbaden keine LKK errichtet werden.

mit Rücksicht auf die beschränkte Selbstverwaltung der LKK und die durchweg geringeren Leistungen gegenüber der OKK von § 227 Gebrauch gemacht und die LKK allgemein oder teilweise ausgeschaltet. So hat Württemberg, das schon einen beträchtlichen Teil der jetzt der LKK zugeteilten Versicherungspflichtigen seit längerer Zeit in der OKK versichert hat, die LKK überhaupt nicht zugelassen, die bestehende Krankenversicherung aufgehoben und alle Versicherungspflichtigen der OKK zugewiesen.[1]) Ebenso hat Baden nach Art. 2 AG RVO und Elsaß-Lothringen die Errichtung der LKK ganz ausgeschlossen. Bayern, wo von einigen Parteien auch gänzlicher Ausschluß der LKK beantragt worden war, läßt nach den Bestimmungen seines AG RVO die Errichtung von LKK in Städten unter 15 000 Einwohnern zu.[2]) In Sachsen ist auch der Antrag gestellt, keine LKK zu errichten. Hessen beabsichtigt dagegen, die LKK überall zuzulassen, wo ihr 250 Mitglieder angehören.

Bildung von Kassenverbänden und Sektionen Zur gemeinsamen Durchführung der Aufgaben und Hebung ihrer Leistungsfähigkeit kann sich die LKK mit den anderen KK im Bezirk desselben VA, und mit Genehmigung der Beschlußkammer des OVA oder bei deren Verweigerung mit derjenigen der OVB, auch in verschiedenen Bezirken zu einem Kassenverbande zusammenschließen (§ 406). Von Bedeutung können diese Verbände hauptsächlich für die gemeinsame Errichtung und Unterhaltung von Heilanstalten und Genesungsheimen, sowie zur einheitlichen Ueberwachung der Kranken sein. Die Organisation ist derjenigen der KK nachgebildet. Für den Verband muß eine Satzung durch die beteiligten Kassenausschüsse errichtet werden. Die Aufsicht über den Verband führt das VA oder bei Erstreckung über verschiedene Bezirke das von dem OVA endgültig bestimmte VA. Die näheren Bestimmungen enthalten die §§ 406—413.

Den umgekehrten Zweck verfolgt die mit Zustimmung des OVA erlaubte Bildung von Sektionen innerhalb einer KK nach § 415. Durch diese Möglichkeit soll die Errichtung möglichst großer KK gefördert, ihnen aber auch die Vorteile kleinerer Kassenorganisationen gesichert werden, indem den Sektionen eine beschränkte selbständige Verwaltung übertragen wird, die sich den örtlichen Verhältnissen anpassen kann.[3])

Bildung von Zweckverbänden Nicht zu verwechseln mit der Bildung von Kassenverbänden ist der in § 527 geforderte Zusammenschluß mehrerer Gemeinden (selbständiger Gutsbezirke oder Gemarkungen ausmärkischer Bezirke) zu einem Zweckverbande. Dieser muß erfolgen, sobald die Gemeinden keinen Gemeindeverband bilden.[4]) Dieser Zweckverband hat im wesentlichen dieselben Funktionen wie ein Gemeindeverband; er tritt an dessen Stelle. Die Vorschriften des zweiten Buches der RVO über die Gemeindeverbände gelten auch für ihn.

1) Arb. Vers. 12 S. 611.
2) Soz. Praxis u. Arch. f. Volkswohlfahrt 1912 Nr. 5.
3) Komm B II S. 382.
4) Nähere Bestimmungen erläßt die Landesregierung.

Die Funktionen der Zweckverbände sollen hier zusammengestellt werden, um sie nicht immer an den entsprechenden Stellen der Abhandlung einfügen zu müssen.

Ein Zweckverband muß gebildet werden:[1])

a) für die Errichtung der LKK § 231,
b) für die Errichtung der Satzung § 320,
c) für die Wahl der Organe §§ 331, 336.
Für diese drei Fälle ist jedoch die Bildung eines Zweckverbandes nicht nötig, wenn die LKK sich nur über mehrere Gemeinden desselben nächst größeren Gemeindeverbandes erstreckt, denn hier tritt nach § 526 Abs. 1 dieser ein.
d) um für einen Fehlbetrag nach § 305 einzutreten,
e) zur Zahlung der Beitragsteile der Arbeitgeber unständig Beschäftigter §§ 453, 454,
f) um der Befreiung unständig Beschäftigter von der Beitragspflicht zuzustimmen § 455,
g) zur Befreiung hausgewerblich Versicherungspflichtiger von der Beitragspflicht durch Ortsstatut § 489,
h) zur Uebernahme der in § 489 Abs. 1 bezeichneten Kosten, wenn die Landesregierung für den Gemeindeverband dies angeordnet hat,
i) zur Beihülfe aus eigenen Mitteln §§ 389, 390,
k) zur Leistung von Vorschüssen nach Art. 16 EGRVO.

§ 4. Mitgliederkreis.

I. Allgemeine Grundsätze.

Mitglieder der LKK Mitglieder der LKK sind nach § 235:
die in der Landwirtschaft Beschäftigten,
die Dienstboten,
die im Wandergewerbe Beschäftigten,
die Hausgewerbetreibenden und ihre hausgewerblich Beschäftigten.

Außerdem kann der Bundesrat nach § 236 Abs. 1 der LKK noch andere Gruppen von Versicherten zuweisen, die vor diesem Gesetz nicht kraft Gesetzes versicherungspflichtig waren. Hierhin gehören z. B. solche Personen, die durch Statut auf Grund des § 2 KVG dem Versicherungszwang unterworfen waren.

Sämtliche Gruppen sind erst durch die RVO in die reichsgesetzliche Versicherungspflicht einbezogen worden. Für sie bestand seither teilweise nur eine landesgesetzliche oder statutarische Krankenversicherung oder Krankenfürsorge, teilweise überhaupt keine.

Die Einbeziehung so verschiedener Gruppen von Arbeitern in die LKK, die tatsächlich zum Teil durchaus in keiner engeren Beziehung zueinander stehen, wurde von verschiedener Seite getadelt. Die getroffene Feststellung des Mitgliederkreises geschah jedoch mit Rücksicht auf die gerade

1) Vgl. Erl. H M vom 4. Nov. 1912.

bei diesen Gruppen bestehenden besonderen Verhältnisse.[1]) Die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf diese Gruppen fordert erhebliche Opfer. Deshalb soll gerade für die ländlichen Arbeiter eine erweiterte Krankenpflege in Krankenhäusern gewährt werden, da Einzelbesuche des Arztes bei großen Entfernungen zu kostspielig sind. Ebenso soll sie den Dienstboten zukommen, da es der Dienstherrschaft bisweilen unmöglich ist, sie im Hause zu verpflegen. Dagegen sprachen bei den im Wandergewerbe Beschäftigten und den Hausgewerbtreibenden besondere versicherungstechnische Schwierigkeiten mit, die durch die mehr bureaukratische Art der Verwaltung der LKK besser bewältigt werden können. Erstere können sich infolge ihrer häufigen Abwesenheit wenig oder gar nicht an der Kassenverwaltung beteiligen, während bei letzteren die Listenführung, komplizierte Beitragsberechnung u. s. w. besondere Schwierigkeiten bereiten.

Die Bedenken, die sich jedoch aus der rein beruflichen Zusammensetzung für die Leistungsfähigkeit der Kasse ergeben, lassen sich nicht verschweigen. Man kann hier durchaus nicht sagen, daß der Gesetzgeber die LKK besonders wohlwollend behandelt hat, indem er fast nur versicherungstechnische oder politische Gründe für die Zuweisung maßgebend sein ließ. In den Kommissionsverhandlungen[2]) hat ein Kommissar des Bundesrats selbst darauf hingewiesen, daß den LKK in den Hausgewerbtreibenden allgemein schlechte Risiken zugewiesen würden, und daß auch die Zuweisung der im Wandergewerbe Beschäftigten nicht gerade günstig sei. Die Zuweisung der Dienstboten wurde in den Kommissionsverhandlungen von einem Redner als eine Art Liebesgabe an die LKK bezeichnet, da sie besonders gute Risiken bildeten. Die Dienstboten gehören nun zum größten Teil dem weiblichen Geschlechte an und bei diesem ist die Erkrankungsgefahr durchweg größer. Ferner sind bei ihnen nach dem Gutachten eines medizinischen Sachverständigen Geschlechtskrankheiten sowie Entbindungen sehr häufig, sodaß eine starke Inanspruchnahme der Kasse zu befürchten ist, und daher gerade das Gegenteil obiger Behauptung als wahr angesehen werden muß. Bei den in der Land- und Forstwirtschaft Beschäftigten läßt sich wohl annehmen, daß sie die Kasse nicht stärker belasten als auch die gewerblichen Arbeiter. Ein Beispiel in Arb. Vers. 11 S. 737, das eine stärkere Belastung zeigt, kann nicht als Grundlage eines Urteils dienen, da aus einer einzigen Beobachtung einer verhältnismäßig ganz kleinen Zahl, kein allgemeiner Schluß gezogen werden kann.

Allgemeine Grundsätze der Versicherungspflicht Auf die Mitglieder der LKK kommen natürlich zunächst auch die für alle Versicherungspflichtigen geltenden allgemeinen Grundsätze und Bestimmungen zur Anwendung, sodaß diese hier kurz zu erwähnen sind. Zunächst ist festzuhalten, daß auch für sie der Grundsatz der Zwangsversicherung besteht, der in Deutschland in bahnbrechender Weise schon dem alten Krankenversicherungsgesetz von 1883 zu Grunde gelegt worden ist, wonach jeder Versicherungspflichtige im allgemeinen

1) vgl. Sten. B. Bd. 266 S. 6530.
2) Komm. B. II S. 141.

ohne weiteres Mitglied einer LKK ist, ohne daß es noch einer Anmeldung oder Beitragszahlung bedarf. Er gehört aber nicht nur einer beliebigen LKK an, sondern er ist auch sofort der zuständigen LKK zugeteilt — sog. Kassenzwang —, die sich durch seine Beschäftigung in dem örtlichen Bezirk der Kasse bestimmt (§ 234). An Stelle des Beschäftigungsortes sind ausnahmsweise andere Orte für die Zuständigkeit der Kasse maßgebend, nämlich:
der Wohnort für die unständig Beschäftigten § 442,
der Sitz der Polizeibehörde, die den Wandergewerbeschein erteilt für die im Wandergewerbe Beschäftigten § 459,
der Sitz der eigenen Betriebsstätte des Hausgewerbstreibenden § 466.

Neben der Versicherungspflicht gewährt das Gesetz eine Versicherungsberechtigung. Diese Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung, die Kaskel-Sitzler[1]) zusammenfassen unter der Bezeichnung Versicherungsfähigkeit, sind weder eine Pflicht noch ein Recht, sondern eine rechtliche Eigenschaft gewisser Personen, kraft deren ihnen ein Recht erworben wird.[2]) Bei beiden ist sie an dieselben Voraussetzungen geknüpft, nämlich:

1. Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe,
2. Vorliegen eines, bestimmten gesetzlichen Regeln entsprechenden, Beschäftigungsverhältnisses,
3. Abwesenheit von gewissen Ausnahmen, die den Eintritt bezw. Weiterbestand der Versicherungspflicht oder Berechtigung ausschließen.

Der Unterschied liegt nur darin, daß bei der Versicherungspflicht diese Eigenschaft unmittelbar auf Grund des Gesetzes verliehen ist, während sie bei der Versicherungsberechtigung noch einer auf freiem Willensentschluß beruhenden Anmeldung bedarf.

Im Gegensatz zum KVG § 1 wird die Mitgliedschaft nicht mehr abhängig gemacht von einer Beschäftigung in einer bestimmten Art von Betrieben oder Gewerben, sondern nur davon, daß die betreffenden Personen „ihre Arbeitskraft in untergeordneter, abhängiger Stellung verwerten".[3]) Eine Ausnahme von diesem Grundsatz ist bei den Hausgewerbtreibenden gemacht, die wohl rechtlich selbständig, aber wirtschaftlich ebenso abhängig sind. Die abhängige Beschäftigung verpflichtet und berechtigt zur Krankenversicherung aber nur dann, wenn sie gegen Entgelt erfolgt (§ 165 Abs. 2). Als Entgelt gilt dabei jede vermögenswerte Leistung, die als Gegenleistung für die Arbeit entweder vom Arbeitgeber oder einem Dritten gewährt wird (§ 160). Hierunter fällt besonders auch der Unterhalt für die in die Hausgemeinschaft aufgenommenen Personen, sowie die teilweise noch in erheblichem Umfange bestehenden Naturalleistungen für die landwirtschaftlich Beschäftigten. Keine entgeltliche Beschäftigung wird dagegen verlangt bei den Lehrlingen und den Hausgewerbtreibenden selbst (§ 165 Abs. 2). In Betracht kommen hier aber nur solche Lehrlinge, die weder Kost noch Wohnung erhalten. Hinsichtlich des Entgeltes sind jedoch zwei Gruppen von Versicherungspflichtigen zu unterscheiden. Die erste ist ohne Rücksicht

1) S. 39.
2) Rosin S. 434.
3) Begr. S. 85; vgl. § 165.

auf die Höhe des Verdienstes versicherungspflichtig, während bei der zweiten Gruppe bei Erreichung eines regelmäßigen Jahresarbeitsverdienstes von Mk. 2500.— die Versicherungspflicht fortfällt, und nur noch eine Berechtigung bis zu einem Jahresverdienst von Mk. 4000.— besteht.

Für die Versicherungspflicht bedeutungslose Momente sind:

1. Geschlecht und Alter der beschäftigten Personen.

   Somit können auch Kinder krankenversicherungspflichtig sein, soweit ihre Beschäftigung nicht nur ganz vorübergehend und daher nach § 168 versicherungsfrei ist.

2. Ein Verwandtschaftsverhältnis zwischen dem Arbeitgeber und dem Beschäftigten.

   In diesen Fällen wird jedoch eine besonders genaue Prüfung stattzufinden haben, ob auch ein wirkliches Arbeitsverhältnis vorliegt und die gegenseitigen Leistungen nicht auf Grund sittlicher und ethischer Anschauungen geschuldet werden.

   Dagegen begründet eine Beschäftigung eines Ehegatten durch den anderen niemals eine Krankenversicherungspflicht, kann aber zu einer Versicherungsberechtigung führen, — besonders bei kleinen Bauernhöfen infolge der Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau — kraft seiner Zugehörigkeit zur Familie des Unternehmers (§ 176 Abs. 1 Z. 2), oder als Mitunternehmer (§ 176 Abs. 1 Z. 3).[1])

3. Die Staatsangehörigkeit. Jeder innerhalb der deutschen Reichsgrenze in obiger Weise Beschäftigte ist versicherungspflichtig, somit auch die ausländigen Saisonarbeiter, wie Polen, Russen, Ruthenen, Italiener, die in großer Zahl in der Landwirtschaft, in Ziegeleien u. s. w. beschäftigt werden.

Die Versicherungspflicht beruht im Gegensatz zum KVG nur noch auf Gesetz und zwar in erster Linie auf der RVO § 165. Daneben kommt noch das Landesgesetz in dem beschränkten Rahmen des § 167 in Betracht. Dagegen ist die Ausdehnung der Versicherungspflicht durch die Satzung oder den Bundesrat beseitigt, außer der kleinen Ausnahme in § 465 Abs. 2. (Ausdehnung auf das Wandergewerbe ohne Gewerbeschein).

Versicherungsfreiheit Von der Versicherungspflicht sind nun einzelne Gruppen von Personen, obwohl bei ihnen sämtliche Voraussetzungen für diese gegeben sind, generell frei, oder auf ihren Antrag oder den ihres Arbeitgebers befreit. Die generelle Versicherungsfreiheit, d. i. die einfache Verneinung der Versicherungspflicht kann auf Gesetz (§§ 169, 172) oder auf einer Bestimmung des Bundesrats beruhen (§ 168). Von der generellen Befreiung interessiert für die LKK nur die Bestimmung des § 169 Abs. 1 die darauf beruht, daß für die betreffende Person schon anderweit ausreichend gesorgt ist,[2]) und diese nur insoweit, als es sich um Land- und Forstwirtschaftliche Betriebe des Reiches, des Staates, der Gemeinden oder Gemeindeverbände handelt. Der Bundesrat bestimmt nach § 168, wieweit vorübergehende

1) Hahn § 159 Anm. 3.
2) Begr. S. 150.

Dienstleistungen versicherungsfrei sind. Als vorübergehend ist dabei die Beschäftigung anzusehen, die durch die Art ihres Gegenstandes, oder im Voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist. Damit soll, wie sich aus den Kommissionsverhandlungen ergibt, nur die ausnahmsweise einmal oder nur nebenher übernommene Lohnarbeit getroffen werden,[1]) um nicht dem betreffenden durch eine einmalige nur kurze Beschäftigung die dauernde Berechtigung zur freiwilligen Weiterversicherung und damit dauernden Belastung der Kasse zu verschaffen.[2])

Befreiung von der Versicherungspflicht Die Befreiung von der Versicherungspflicht trifft immer nur einzelne Personen und zwar nur auf einen entsprechenden Antrag hin. Auf Antrag des Arbeitgebers erfolgt sie durch die OVB in den Fällen der §§ 170, 171, durch den Kassenvorstand (§ 175) in den Fällen der §§ 174, 418, 435.

Von den für alle KK geltenden Bestimmungen sollen hier nur die allgemeinen für die LKK in Betracht kommenden §§ 170 Abs. 1 und 174 mitgeteilt werden, während die nur für die landwirtschaftlich Beschäftigten und die Dienstboten geltenden §§ 418, 435 dort behandelt werden.

Dem § 170 liegt derselbe Gedanke zu Grunde wie dem § 169, nur daß die Versicherungsfreiheit sich hier auf Personen erstreckt, die in Betrieben oder im Dienste anderer als der in § 169 bezeichneten öffentlichen Körperschaften und Verbände beschäftigt werden.

§ 174 bestimmt, daß auf Antrag des Arbeitgebers von der Versicherungspflicht befreit werden:

1. Lehrlinge aller Art, solange sie im Betriebe ihrer Eltern beschäftigt sind,
2. Personen, die bei Arbeitslosigkeit in Arbeiterkolonien oder ähnlichen Wohltätigkeitsanstalten vorübergehend beschäftigt werden.

Schließlich läßt das Gesetz in § 173 noch eine Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag des Versicherungspflichtigen selbst zu, wenn dieser auf die Dauer nur zu einem geringen Teile arbeitsfähig ist, (z. B. Krüppel, alte, kränkliche Leute) solange der vorläufig unterstützungspflichtige Armenverband einverstanden ist. Diese Bestimmung bezweckt derartige Personen, die wegen ihres körperlichen Zustandes immer nur kurze Zeit beschäftigt werden können, vor völliger Arbeitslosigkeit zu schützen, da bei Versicherungspflicht wegen der verhältnismäßig hohen Lasten die Gefahr besteht, daß sie überhaupt keine Beschäftigung mehr finden und dann ganz der Armenpflege anheim fallen.[3]) Ueber den Antrag entscheidet nach § 175 der Kassenvorstand, über dessen ablehnenden Bescheid auf Beschwerde das VA die entgültige Entscheidung fällt.

Versicherungsberechtigung Bei der Versicherungsberechtigung bedarf es, wie bereits gesagt, noch einer Beitrittserklärung. Die RVO kennt nur noch zwei Formen, die des freiwilligen Beitrittes, sogenannte Selbstversicherung und

1) Komm B II S. 21.
2) Die Versicherungsfreiheit der Dienstboten durch Anordnung der Landesregierung nach § 440 ist an einer späteren Stelle dieses Paragraphen behandelt.
3) Komm B II S. 29.

die der freiwilligen Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nach Wegfall der Versicherungspflicht, sog. Weiterversicherung. Beide beruhen wie die Versicherungspflicht nur noch auf Gesetz. Ausnahmsweise besteht für vorübergehend Beschäftigte, die versicherungsfrei sind, ein vom Bundesstaat zugelassenes Versicherungsrecht. Die Rechtsnatur der freiwilligen Versicherung kann nicht als Vertrag bezeichnet werden. Das Versicherungsverhältnis kommt nicht durch Willensübereinstimmung zwischen Krankenkasse und Versicherten zustande, da die Verleihung der Berechtigung durch das Gesetz nicht als Offerte und auch nicht als eine von vornherein generell erklärte Annahme einer Offerte angesehen werden kann. Es beruht vielmehr auf einem einseitigen Willensentschluß der Berechtigten auf Grund der besonderen Verleihung.[1])

Selbstversicherung

Zur Selbstversicherung sind nach §§ 176—178 nur zugelassen:

1. Dieselben Personen, die nach § 165 versicherungspflichtig beschäftigt sind, aber wegen ihrer unentgeltlichen Beschäftigung oder aus den erwähnten besonderen Gründen der §§ 168—175 versicherungsfrei sind (§ 176 Nr. 1). Nicht hierunter fallen die Hausgewerbtreibenden, da sie nicht als Beschäftigte anzusehen sind. Die unständig Beschäftigten sind aber hier auch nur nach besonderen Anordnungen des Bundesrats zur Versicherung berechtigt, um ihnen auch hier dieses Recht nicht durch eine einmalige ganz vorübergehende Dienstleistung einzuräumen (§ 176 Abs. 2).
2. Familienangehörige des Arbeitgebers, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt in seinem Betriebe tätig sind (§ 176 Nr. 2).
3. Gewerbetreibende oder andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichige beschäftigen. Nicht hierunter fallen Hausgewerbetreibende, da sie nach § 467 bis zu einem jährlichen Einkommen von Mk. 2500.— immer versicherungspflichtig sind und ebensowenig Dienstherrschaften, da sie keine Betriebsunternehmer sind.
4. Personen, die beim Inkrafttreten der RVO nach Landesrecht zum freiwilligen Beitritt berechtigt waren, auf Grund näherer Bestimmungen der OVB (§ 177).

In allen diesen Fällen ist der freiwillige Beitritt nur zuläſſig, wenn das Gesamteinkommen nicht Mk. 2500.— übersteigt, und die Berechtigung erlischt, sobald es Mk. 4000.— übersteigt (§ 178). Außerdem kann die Satzung der KK, um sich vor allzu schlechten Risiken zu schützen, das Recht zum Beitritt von einer bestimmten mit Zustimmung des OVA festgesetzten Altersgrenze und der Vorlegung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig machen.

Weiterversicherung

Die Weiterversicherung setzt nach § 313 voraus, daß die Versicherung bei einer auf der RVO beruhenden oder einer knappschaftlichen KK mindestens entweder unmittelbar vor dem Erlöschen der Versicherungspflicht ununterbrochen 6 Wochen, oder ohne Rücksicht auf Unterbrechung

1) Weyl S. 120.

innerhalb der letzten 12 Monate 26 Wochen bestanden hat. Ferner muß das Mitglied sich regelmäßig im Inlande aufhalten und darf nicht in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis treten. Die Versicherungsberechtigung fällt daher im Falle des § 312 weg und ebenso wenn das jährliche Gesamteinkommen Mk. 4000.— übersteigt (§ 314 Abs. 2).

Formale Versicherung Auf dem Gebiete der Krankenversicherung ist durch die RVO zum ersten Mal eine sog. formale Versicherung, d. h. Begründung eines tatsächlichen Versicherungsverhältnisses durch Zahlung und Annahme von Beiträgen geschaffen worden. Das Gesetz unterscheidet dabei zwei Fälle:

1. formale Versicherung bei fehlender Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung (§ 213). Hierbei erwirbt eine Person, wenn eine KK sie nach einer den gesetzlichen und satzungsmäßigen Anforderungen genügenden und nicht vorsätzlich unrichtigen Anmeldung drei Monate hindurch ununterbrochen und unbeanstandet Beiträge von ihr angenommen hat, Anspruch auf die satzungsmäßigen Leistungen. Mitglied der Kasse wird sie dadurch aber nicht, und sobald die Kasse die ihr zukommenden Leistungen gewährt hat, sind jegliche Beziehungen gelöst.
2. Wesentlich verschieden hiervon ist der Fall der formalen Versicherung bei bestehender Versicherungspflicht (§ 215). In diesem Falle ist nur die Anmeldung bei der falschen Kasse erfolgt. Hat die Kasse hier auch während drei Monaten ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen, so ist und bleibt der Betreffende solange Mitglied dieser Kasse und hat demgemäß Anspruch auf ihre satzungsmäßigen Leistungen, bis seine Kassenzugehörigkeit klar gestellt ist.

II. Die einzelnen Mitgliedergruppen.

Im Folgenden sind nun die einzelnen Mitgliedergruppen zu behandeln.

1. Die in der Land- und Forstwirtschaft Beschäftigten Obwohl das Gesetz nur von den in der Landwirtschaft Beschäftigten spricht, gehören auch die in der Forstwirtschaft Beschäftigten der LKK an; denn im Interesse einer einfachen und klaren Sprache, die in der RVO in mustergültiger Weise durchgeführt ist, ist in § 161 allgemein bestimmt, daß, um eine allzu häufige Wiederholung der Ausdrücke Land- und Forstwirtschaft, land- und forstwirtschaftliche Beschäftigung u. s. w. zu vermeiden, die Vorschriften, die von der Landwirtschaft reden, soweit nichts anderes vorgeschrieben ist, auch für forstwirtschaftliche Betriebe, Arbeitgeber, Unternehmer und Beschäftigte gelten.[1]) Für die in der Gärtnerei, im Friedhofsbetrieb, in Park- und Gartenpflege Beschäftigten, bestimmt jedoch § 235 Abs. 2 zwecks Vermeidung späterer Streitigkeiten über die Kassenzugehörigkeit, daß sie, abgesehen von den Ausnahmefällen der §§ 236 Abs. 1 und 237 Abs. 1, Mitglieder der LKK nur dann sind, wenn sie in Teilen landwirtschaftlicher Betriebe tätig sind. Gärtnereien in diesem Sinne sind nur solche, die in wirtschaftlicher Ab-

1) Begr. S. 81.

hängigkeit vom landwirtschaftlichen Hauptbetrieb als sog. Gutsgärtnereien stehen.[1])

Bisheriger Rechtszustand Seither bestand für die landwirtschaftlich Beschäftigten nur eine landesgesetzliche oder statutarische Versicherungspflicht, für deren erleichterte Einführung das Gesetz von 1886 einige Bestimmungen gab. Von einer zwingenden Uebertragung der Versicherung glaubte man damals außer wegen der großen Schwierigkeit der Durchführung besonders darum absehen zu müssen, um nicht in die zum großen Teil noch auf Naturalwirtschaft und patriarchalischer Fürsorge der Arbeitgeber für ihre Leute beruhenden landwirtschaftlichen Verhältnisse durch Einführung der rein geldwirtschaftlichen Bestimmungen des KVG zerrüttend einzugreifen.[2]) Diese Gründe sprachen neben den politischen auch noch bei der Schaffung der RVO mit und haben, abgesehen von der durch sie hervorgerufenen Einführung der LKK, gerade für diesen Personenkreis eine Reihe abweichender Bestimmungen veranlaßt. Waren seither auch die landwirtschaftlichen Arbeiter in einer Reihe von Bundesstaaten durch Landesgesetz und besonders in Preußen durch statutarische Anordnung in die Versicherung eingezogen, oder wie in Bayern und Württemberg durch Gesetz einer besonderen Krankenfürsorge unterworfen,[3]) so war doch ein erheblicher Teil der landwirtschaftlichen Bevölkerung noch keiner Krankenversicherung angeschlossen.

Hauptbetriebe Durch § 235 sind nur die in land- und forstwirtschaftlichen Hauptbetrieben Beschäftigten betroffen. Als landwirtschaftlich ist dabei ein Betrieb anzusehen, der sich ausschließlich oder hauptsächlich auf die Landwirtschaft gründet und, entweder nur die Gewinnung landwirtschaftlicher Erzeugnisse oder auch die Zubereitung selbstgezogener Rohstoffe für den Verkehr bezweckt.[4]) Ein forstwirtschaftlicher Betrieb beschäftigt sich mit einer rationellen Bewirtschaftung der Wälder.

Nebenbetriebe Als in der Landwirtschaft Beschäftigter gilt aber auch nach § 417, wer in landwirtschaftlichen Nebenbetrieben (§§ 918—921) beschäftigt wird, oder in landwirtschaftlichen Betrieben arbeitet, die Nebenbetriebe eines gewerblichen Betriebes sind, und nicht nach § 540 durch die Satzung einer gewerblichen Berufsgenossenschaft bei dieser versichert sind. Hieraus ergibt sich, daß die Abgrenzung der Landwirtschaft für beide Gebiete nach den gleichen Gesichtspunkten vorgenommen wird und die bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften versicherten Personen auch den Kreis der Krankenversicherungspflichtigen abgeben müssen.[5]) Als solche Nebenbetriebe sind nach § 918 Unternehmen anzusehen, die ein landwirtschaftlicher Unternehmer neben seiner Landwirtschaft aber in wirtschaftlicher Abhängigkeit von ihr betreibt. Hierher gehören besonders Betriebe, die ganz oder hauptsächlich dazu bestimmt sind:

---

1) Komm B II S. 146.
2) Rosin S. 36.
3) Vgl. Begr. S. 87.
4) Vgl. Hoffmann § 166 Anm. 2.
5) Vgl. Arb.-Vers 12 S. 367.

1. Erzeugnisse der Landwirtschaft des Unternehmers zu be- oder verarbeiten (z. B. Brennereien),
2. Bedürfnisse seiner Landwirtschaft zu befriedigen (z. B. Gutsschmieden),
3. Bodenbestandteile seines Grundstücks zu gewinnen oder zu verarbeiten (z. B. Klein-Ziegeleien). Hierbei ist zu beachten, daß es sich nur um die Verarbeitung selbstgewonnener Rohstoffe handeln darf. Sobald regelmäßig fremde Produkte zur Verarbeitung hinzugekauft werden, verliert der Betrieb den Charakter eines landwirtschaftlichen Nebenbetriebs und wird zu einem selbständigen Gewerbebetrieb, dessen Beschäftigte dann nicht mehr Mitglieder der LKK sind. Ebenso können, nach ausdrücklicher Bestimmung, die in § 919 angeführten Betriebe niemals als landwirtschaftliche Nebenbetriebe angesehen werden. Binnenschiffahrts- und Flößereibetriebe oder -Tätigkeiten fallen nur dann in die Versicherungspflicht des landwirtschaftlichen Hauptbetriebs, wenn sie nicht über den örtlichen Verkehr hinausgreifen (§ 920). Nach der Erklärung eines Regierungsvertreters in den Kommissionsberatungen ist unter dem „örtlichen Verkehr" lediglich der Nahverkehr zu verstehen. Ein solcher ist bei Flößereibetrieben denkbar, wenn z. B. ein Forstbetrieb an einem flößbaren Wasser seine Hölzer bis zum nahen Flußufer bringt und sie dann der gewerbsmäßigen Flößerei übergibt.[1]) Endlich werden Tätigkeiten, die ihrer Art nach der gewerblichen Unfallversicherung bei einer Zweiganstalt oder einer Versicherungsgenossenschaft unterliegen, bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, welcher der Unternehmer mit Betriebstätigkeiten derselben Art angehört, versichert, wenn diese die anderen Tätigkeiten überwiegen (§ 921).

Versicherungspflichtige In allen diesen Betrieben kommen im wesentlichen die in § 165 Z. 1 u. 2 aufgezählten Versicherungspflichtigen in Betracht, so daß wir auch hier hinsichtlich des Entgelts die beiden oben erwähnten Gruppen unterscheiden müssen. Die Arbeiter in engerem Sinne und die ihnen in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht wesentlich gleichstehenden Gehilfen und Lehrlinge sind immer versicherungspflichtig; Lehrlinge, auch wenn sie ohne Entgelt beschäftigt werden, wie z. B. die landwirtschaftlichen Eleven. Die landwirtschaftlichen Dienstboten (das Haus- und Wirtschaftsgesinde) gehören in zweierlei Hinsicht zur LKK, einmal wegen ihrer Zugehörigkeit zur Landwirtschaft, und dann wegen ihrer generellen Einweisung.[2]) Diesen stehen gegenüber die in Z. 2 erwähnten Betriebsbeamten, Werkmeister und andere Angestellten in ähnlich gehobener Stellung, die nur versichert sind, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet und ihr regelmäßiges Jahresverdienst Mk. 2500.— nicht übersteigt. Die erste Bestimmung ist hauptsächlich im Interesse wirtschaftlich unabhängiger Personen getroffen, die nur im Nebenamt eine solche Beschäftigung ausüben, z. B. Landwirte, die nebenbei als Direktoren oder Betriebsbeamten größerer Molkereien tätig sind,[3]) und für die das Bedürfnis einer Versicherungspflicht nicht vorliegt. Obigen Vor-

1) Komm B III S. 194.
2) Die näheren Bestimmungen über Dienstboten weiter unten S. 26ff.
3) Komm B II S. 12.

aussetzungen unterliegen Personen, die mit einer über die Tätigkeit des Arbeiters hinausgehenden leitenden oder beaufsichtigenden Stellung betraut sind, z. B. Gutsinspektoren, Verwalter, Revierförster, Wirtschafterin, Molkereimeister u. s. w.[1])

Aber nicht allein die ständig in der Landwirtschaft Beschäftigten gehören zur LKK, sondern infolge der allgemeinen Einbeziehung der unständig Beschäftigten in die Versicherungspflicht auch diese, soweit sie überwiegend landwirtschaftlich beschäftigt sind (§ 442 Abs. 1). Unständig Beschäftigte sind nicht die ganz vorübergehend beschäftigten Personen, die vom Bundesrat für versicherungsfrei erklärt werden, sondern nur diejenigen, die regelmäßig arbeiten, aber den Arbeitgeber in kurzen Zwischenräumen wechseln. § 441 bezeichnet als unständig die Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt, oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt ist, z. B. bei Tagelöhnern, Waschfrauen u. s. w. Seither unterstanden die unständig Beschäftigten keiner Versicherung. Dies beruhte hauptsächlich auf technischen Schwierigkeiten, da sie zu keinem Betrieb gehörten, das alte KVG aber von der Zugehörigkeit zu einem versicherungspflichtigen Betriebe ausging. Nachdem die RVO diesen Grundsatz verlassen hat und die Versicherungspflicht nur noch an ein Arbeitsverhältnis knüpft, mußte auch dieser Arbeiterkreis einbezogen werden, mochten die Schwierigkeiten auch noch so groß sein, wenn eine unmotivierte Durchbrechung dieses Grundsatzes vermieden werden sollte. Für die unständig Beschäftigten gelten eine Reihe besonderer Bestimmungen, besonders hinsichtlich des Meldewesens, die trotz ihrer Zugehörigkeit zur Landwirtschaft ihre Geltung behalten. Hier ist nur zu erwähnen, daß sie bei der LKK ihres Wohnortes versichert sind, und daß ihre Mitgliedschaft erst mit der Eintragung in ein Mitgliederverzeichnis beginnt (§ 442 Abs. 3).

Befreiung von der Versicherungspflicht Für die landwirtschaftlichen Arbeiter besteht eine weitgehende Befreiung von der Versicherungspflicht, die besonders da von großem Interesse ist, wo die Naturalleistung noch vollständig vorhanden ist und dem Arbeiter z. B. ein Anspruch auf Wohnung, Futter für eine Kuh, Getreide, Feuerung, Kartoffelland u. s. w. zusteht und die Naturallöhnung auch bei Krankheit fortbesteht.

Die Befreiung setzt nach § 418 voraus:

1. daß sie bei Erkrankung einen Rechtsanspruch gegen den Arbeitgeber auf eine Unterstützung haben, die den Leistungen der zuständigen KK gleichwertig sind,
2. daß der Arbeitgeber die volle Unterstützung aus eigenen Mitteln deckt,
3. daß seine Leistungsfähigkeit sicher ist,
4. daß er den Antrag für seine sämtlichen in der Landwirtschaft Beschäftigten stellt, soweit sie durch Vertrag zur regelmäßigen Arbeit von mindestens 2 Wochen verpflichtet sind.

Die letzte Voraussetzung soll verhüten, daß der Arbeitgeber nur die guten Risiken befreien läßt, die schlechten aber in der LKK beläßt.

---

1) Happe in „das Land“ 21. Jahrg. S. 62.

Die Befreiung erfolgt auf Antrag des Arbeitgebers nach Prüfung der Voraussetzungen durch den Kassenvorstand. Auf Beschwerde, die nach § 228 binnen 1 Monat einzureichen ist, entscheidet das OVA endgültig.[1]) Sie wirkt vom Eingang des Antrags an und gilt gegenüber allen KK, da es sich nicht um eine Befreiung von der Kassenzugehörigkeit, sondern von der Versicherungspflicht handelt.[2])

Die Befreiung erlischt nach § 419 regelmäßig mit Ablauf des Arbeitsvertrags. Den Befreiten steht dann das Recht der Weiterversicherung nach § 313 bei der Kasse zu, die zuständig gewesen wäre, wenn er nicht befreit worden wäre (§ 419 Abs. 2). Tritt er wieder in ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis ein, dann wird er ohne weiteres Pflichtmitglied einer KK. Eine Aenderung des Vertrags, durch die die zugesicherten Leistungen aufgehoben oder beschränkt werden, kommen dem Ablauf gleich. Die Befreiung erlischt vor Ablauf des Vertrags, wenn der Arbeitgeber seine sämtlichen Befreiten zur Kasse anmeldet und ferner, wenn das VA die Leistungsunfähigkeit des Arbeitgebers feststellt. In diesen Fällen tritt sofort wieder die Versicherungspflicht ein, aber für bereits eingetretene Versicherungsfälle oder nach § 214 in den ersten 3 Wochen nach dem Erlöschen eintretende, ist die LKK von ihrer Leistungspflicht befreit (§ 419 Abs. 1), es sei denn, daß der Arbeitgeber die Unterstützung nicht leistet (§ 422). Die Befreiung bringt daher für die sonst Versicherungspflichtigen nur Vorteile, indem ihnen ohne Beitrag das geleistet werden muß, was die zuständige LKK leistet. Ist der Arbeitgeber zahlungsunfähig, dann muß die Kasse eintreten, der dann ein Regreßanspruch zusteht (§ 422). Auf das Recht der Weiterversicherung hat die Befreiung gar keinen Einfluß, indem die Befreiten so behandelt werden, als seien sie ständig Mitglied der Kasse gewesen (§ 419 Abs. 2).

Von dem Befreiungsrecht wird voraussichtlich kaum Gebrauch gemacht werden, da das Risiko für den einzelnen Arbeitgeber zu groß ist.[3]) Deshalb wird auch keine erhebliche Minderung der Zahl der Mitglieder einer LKK und Schädigung durch Wegnahme besonders guter Risiken erfolgen. Schädlicher kann eher die allzu große Erleichterung für die Errichtung von landw. BKK sein, indem diese hier schon bei 50 Versicherungspflichtigen, die bei Saisonbetrieben sogar nur während der Dauer von 2 Monaten vorhanden zu sein brauchen, zulässig ist (§§ 245 Abs. 1, 247).

II. Die Dienstboten Eine den Bestimmungen über die Versicherung der landwirtschaftlich Beschäftigten ähnliche Regelung hat die Versicherung der Dienstboten gefunden. Eine allgemeine Definition des Begriffes Dienstboten gibt das Gesetz nicht. Er bestimmt sich nach Landesrecht, besonders nach den Gesindeordnungen. Nach Hoffmann[4]) ist Dienstbote oder Gesinde, wer in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen ist und unter-

---

1) a. A. gegen die klare Vorschrift des Gesetzes: Hoffmann § 418 Anm. 12.
2) Hoffmann § 418 Anm. 4.
3) vergl. Sten B Bd. 267 S. 6717.
4) § 165 Anm. 7

geordnete, ungemessene, d. h. der näheren Bestimmung des Berechtigten unterliegende Dienste häuslicher oder land- oder forstwirtschaftlicher Art auf bestimmte Zeit, nicht nur zur Aushilfe, gegen Vergütung in Geld oder Naturalien leistet.

Für die Dienstboten bestand seither weder eine gesetzliche noch statutarische Versicherungspflicht. Dagegen war schon sehr früh eine Fürsorgepflicht der Herrschaft gegenüber dem erkrankten Gesinde festgesetzt, so z. B. durch die preuß. Gesindeordnung von 1810, die sächsische von 1835. Im Hinblick auf die Gesindeordnungen und die Art des Beschäftigungsverhältnisses wurde daher im allgemeinen das Bedürfnis verneint. Man hielt das Beitrittsrecht zur Gemeindekrankenversicherung nach § 4 Abs. 2 KVG für ausreichend. Da sich inzwischen das BGB auch mit dieser Frage befaßt, sie jedoch nur bis zu einem gewissen Grade geordnet hat, so bestand seither eine mannigfache Regelung, die meist aber nur in der ersten Zeit auskömmliche Vorsorge traf, während sie bei längerer Krankheit versagte. Nach der Uebersicht über die Regelung der Krankenversorgung des Gesindes in den einzelnen Bundesstaaten [1]) sind vier Gruppen zu unterscheiden. In der ersten Gruppe von Bundesstaaten hat das Gesinde regelmäßig einen Anspruch auf Krankenversorgung nur gegen die Dienstherrschaft, so z. B. in einzelnen preußischen und Hamburgischen Gebietsteilen, Lippe, Elsaß-Lothringen u. s. w. Bei der zweiten Gruppe unterliegt regelmäßig nur ein Teil des Gesindes dem Versicherungszwang, so im Königreich Sachsen, in Hessen: durch Gesetz von 1888, das land- und forstwirtschaftliche Gesinde. In einzelnen Landesteilen Hamburgs und Lübecks sind sämtliche Dienstboten versichert (auch in Preußen, z. B. Hessen-Nassau). In wenigen Bundesstaaten, besonders den süddeutschen Staaten, ist das gesamte Gesinde der Krankenversicherungspflicht unterworfen, z. B. in Bayern seit 1869, in Württemberg nach dem Gesetz über die Krankenpflegeversicherung von 1888 und 1893.

Bei der Regelung der RVO wandte man sich auch wieder gegen die Einbeziehung sämtlicher Dienstboten in die LKK und bezeichnete sie als eine Begünstigung, da die Dienstboten meistens günstige Risiken seien. Dieses ist aber durchaus nicht der Fall, wie bereits oben ausgeführt worden ist. Die Einbeziehung erfolgte hauptsächlich, um für die Dienstboten die erweiterte Krankenpflege einzuführen, da eine Verpflegung im Hause der Dienstherrschaft oft mit deren bestem Willen, z. B. bei beschränkten, städtischen Wohnungsverhältnissen unmöglich ist. Nach der Begründung [2]) verfolgte man auch den Zweck durch Zuweisung zu den besonders organisierten LKK, Unzuträglichkeiten, die aus der gemeinsamen Teilnahme von Herrschaft und Gesinde an der Kassenverwaltung entstehen könnten, zu vermeiden.

Der LKK gehören daher sämtliche Dienstboten an, auch die städtischen. Soweit die landesgesetzliche Regelung entgegenstehende Bestimmungen hinsichtlich der Sorge und Pflege des erkrankten Gesindes durch den Dienstberechtigten enthält, werden sie durch Art. 42 EG RVO aufgehoben.

1) Reichstagsdrucksachen Bd. 274 S. 763 Anlage D zum Entw. einer RVO.
2) Begr. S. 93.

Eine allgemeine Ausnahme von der Zugehörigkeit zur LKK macht aber das Gesetz zu Gunsten derjenigen Dienstboten, die noch nebenher in dem Betrieb oder anderen Erwerbsgeschäft des Dienstberechtigten beschäftigt sind. Um den seither bei diesen Personen hervorgerufenen Streitigkeiten wegen ihrer Versicherungspflicht, die nun nach der allgemeinen Einbeziehung hinsichtlich ihrer Kassenzugehörigkeit entstehen könnten, entgegenzutreten, bestimmt § 439, daß die gewerbliche Beschäftigung für ihre Versicherung maßgebend sein soll und sie daher der entsprechenden OKK, BKK oder JKK angehören. Hierzu ist aber durchaus nicht gefordert, daß diese gewerbliche Beschäftigung vorwiegt oder ein besonderer Entgelt für sie festgesetzt ist. Die Tätigkeit darf jedoch nicht nur so geringfügig sein, daß sie als vorübergehende Beschäftigung versicherungsfrei ist. Streitigkeiten werden aber trotzdem über den Begriff der gewerblichen Tätigkeit nicht ausbleiben.

Versicherungsfreiheit Die Landesregierungen können nach § 440 für ihr Gebiet bestimmen, daß die Dienstboten allgemein versicherungsfrei sind, wenn diesen ohne höhere Belastung durch Beiträge landesrechtliche Krankenfürsorge gewährt wird, die nach Umfang und Dauer mindestens den Regelleistungen der entsprechenden KK gleichwertig sind. Der Zweck dieser Bestimmung ist, solchen landesrechtlich oder statutarisch eingeführten Anstalten die Möglichkeit des Fortbestehens zu geben. Nach den Kommissionsverhandlungen [1]) kommt die Befreiung nur für Hamburg in Betracht, um die dortige Dienstbotenkasse, die 1890 ins Leben getreten ist, beizubehalten. Für Preußen hat sie keine Bedeutung.

Befreiung von der Versicherungspflicht Mit Rücksicht auf das bisweilen bestehende enge Verhältnis zwischen der Dienstherrschaft und den Dienstboten, besonders dem landw. Gesinde, ist der Dienstherrschaft die Möglichkeit gegeben, in demselben Umfange und unter denselben Voraussetzungen eine Befreiung von der Versicherungspflicht zu erlangen, wie bei den landwirtschaftlich Beschäftigten.[2])

III. Die im Wandergewerbe Beschäftigten Seither war diese Gruppe weder gesetzlich noch statutarisch versicherungspflichtig, sondern nur zur freiwilligen Versicherung berechtigt. Durch § 459 sind nun für versicherungspflichtig erklärt, diejenigen im Wandergewerbebetriebe Beschäftigten, die von Ort zu Ort mitgeführt werden, und deren Arbeitgeber oder dessen Stellvertreter (§ 464) eines Wandergewerbescheines nach den Bestimmungen der Gew O in § 55 bedarf.[3]) Ein Wandergewerbeschein ist nicht erforderlich, um im

---

1) Komm B II S. 414.

2) vgl. oben S. 25 f.

3) § 55 Gew O lautet: wer außerhalb des Gemeindebezirks seines Wohnortes oder der durch besondere Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde dem Gemeindebezirke des Wohnorts gleichgestellten nächsten Umgebung desselben ohne Begründung einer gewerblichen Niederlassung und ohne vorgängige Bestellung in eigner Person

1. Waren feilbieten,
2. Warenbestellungen aufsuchen oder Waren bei anderen Personen als bei Kaufleuten, oder an anderen Orten als in offenen Verkaufsstellen zum Wiederverkauf ankaufen,

Wege des Detailreisens Waren aufzukaufen und Bestellungen auf Waren aufzusuchen (§§ 44, 44a Gew O). Diese Versicherungspflichtigen sind Mitglieder der LKK des Ortes, bei dessen Polizeibehörde der Arbeitgeber den Schein zu beantragen hat.[1]) Von der naheliegenden Zuweisung zu der LKK, in deren Bezirk die höhere Verwaltungsbehörde ihren Sitz hat, die den Wandergewerbeschein erteilt, wurde abgesehen, um nicht eine zu große Zahl von wandergewerblich Beschäftigten gerade einer Kasse aufzudrängen.

Nicht der Versicherungspflicht unterliegen die in solchen Wanderbetrieben Beschäftigten, deren Unternehmer nach § 59 Gew O keines Wandergewerbescheines bedarf.[2]) Eine Versicherungspflicht kann aber für diese insofern in Betracht kommen, als sie als unständig Beschäftigte zu gelten haben. Ferner ist dem Bundesrat nach § 465 die Befugnis gegeben, allgemein auf sie die Versicherungspflicht auszudehnen und ihre Versicherung abweichend von den §§ 459—464 zu regeln. Nach der Begründung[3]) wird dies wegen des Fehlens des Wandergewerbescheins, der eine große Rolle bei dem Meldewesen und der Zahlung der Beiträge spielt, besondere Schwierigkeiten machen und wegen der nur kleinen Zahl der Betroffenen nicht besonders lohnend sein.

Die Wandergewerbtreibenden selbst unterliegen nicht der Versicherungspflicht, obwohl sie in vielen Fällen wirtschaftlich nicht günstiger stehen als ihre Beschäftigten. Ihre Einbeziehung wäre aber eine Durchbrechung des Grundsatzes, daß nur Personen, die ihre Arbeitskraft in wirtschaftlich ab-

---

3. gewerbliche Leistungen anbieten,
4. Musikaufführungen, Schaustellungen, theatralische Vorstellungen oder sonstige Lustbarkeiten, ohne daß ein höheres Interesse der Kunst oder der Wissenschaft dabei obwaltet, darbieten will,

bedarf eines Wandergewerbescheins, soweit nicht für die in Z. 2 bezeichneten Fälle in Gemäßheit des § 44a eine Legitimationskarte genügt.

In dem Falle der Z. 4 ist auch für den Marktverkehr (§ 64) ein Wandergewerbeschein erforderlich.

1) Für Preußen ist dies nach den Ausführungsanweisungen zur Gew O die Polizeibehörde entweder für den Wohnort oder für den Aufenthaltsort des Nachsuchenden. Begr. S. 237.

2) § 59 Gew O lautet: eines Wandergewerbescheines bedarf nicht:
1. wer selbst gewonnene oder rohe Erzeugnisse der Land- und Forstwirtschaft, des Garten- und Obstbaues, der Geflügel- und Bienenzucht, sowie selbstgewonnene Erzeugnisse der Jagd- und Fischerei feilbietet;
2. wer in der Umgegend seines Wohnortes bis zu 15 km Entfernung von demselben selbst verfertigte Waren, welche zu den Gegenständen des Wochenmarktverkehrs gehören, feilbietet oder gewerbliche Leistungen, hinsichtlich deren dies Landesgebrauch ist, anbietet;
3. wer selbstgewonnene Erzeugnisse oder selbstverfertigte Waren, hinsichtlich deren dies Landesgebrauch ist, zu Wasser hinfährt und von dem Fahrzeuge aus feilbietet;
4. wer bei öffentlichen Festen, Truppenzusammenziehungen oder anderen außergewöhnlichen Gelegenheiten mit Erlaubnis der Orts-Polizeibehörde die von derselben zu bestimmenden Waren feilbietet.

Die Landesregierungen können in weiterem Umfange den Gewerbetrieb im Umherziehen mit Gegenständen des Gemeindeverbrauchs innerhalb ihres Gebietes gestatten.

3) Begr. S. 238.

hängiger Stellung verwerten, versicherungspflichtig sein sollen, sowie eine Bevorzugung gegenüber den anderen Gewerbtreibenden. Gemäß § 176 Z. 3 ist jedoch für sie eine freiwillige Versicherung möglich.

Wegen der Neuheit und Schwierigkeit der Versicherung wandergewerblich Beschäftigter ist dem Bundesrat nach § 465 Abs. 1 das Recht der näheren Durchführung der Bestimmungen in §§ 459—464 überlassen.

IV. Hausgewerbtreibende und ihre hausgewerblich Beschäftigten

Die größte Schwierigkeit bereitete die Einbeziehung der Hausgewerbtreibenden in den gesetzlichen Versicherungszwang wegen der mannigfachen Formen, in denen dieses Gewerbe auftritt. Aus diesem Grunde waren sie auch bisher noch nicht gesetzlich der Versicherungspflicht unterworfen. Sie konnten nur nach § 2 KVG durch Ortsstatut für versicherungspflichtig erklärt werden, was aber nur in sehr wenigen Gemeinden geschehen ist. Auch die dem Bundesrat durch die Novelle vom 30. Juni 1900 eingeräumte Befugnis, die Hausgewerbtreibenden der reichsgesetzlichen Krankenversicherung zu unterwerfen, führte zu keinem Ergebnis. Die Schwierigkeiten besonders hinsichtlich der Festsetzung der Arbeitgeberbeiträge und der zuständigen KK waren innerhalb der Grenzen des KVG unüberwindlich. Bei der nunmehr erfolgten besonderen Regelung durch die RVO mußte darauf Bedacht genommen werden, alle die verschiedenen Verhältnisse zu erfassen. Um jedoch eine allzu sehr in Einzelheiten gehende Fülle von Vorschriften zu vermeiden, wurde dem Bundesrat die Berücksichtigung besonderer Verhältnisse durch Ausführungsvorschriften vorbehalten, die er nach Anhörung der Hausgewerbtreibenden erläßt. (§§ 491—493).

§ 466 weist die Hausgewerbtreibenden, sofern sie nicht nach § 168 versicherungsfrei sind, ohne Rücksicht auf den Betriebssitz ihrer Auftraggeber der LKK zu, in deren Bezirk sie ihre eigenen Betriebsstätten haben. Eine umfassende Definition der Hausgewerbtreibenden gibt das Gesetz nicht, sondern es begnügt sich mit der Hervorhebung einiger Merkmale und überläßt eine feste Abgrenzung — wie seither bei der Invalidenversicherung — der einheitlichen Rechtsprechung des RVA, die sich auch seither als ausreichend erwiesen hat. In § 162 sind als besondere Merkmale angeführt: Herstellung oder Bearbeitung gewerbl. Erzeugnissen in eigenen Betriebsstätten, aber im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbtreibender, wobei es ohne Einfluß ist, wer die Roh- und Hilfsstoffe stellt, und ob die Hausgewerbtr. vorübergehend für eigne Rechnung arbeiten.

Die Hausgewerbetreibenden nehmen eine Mittelstellung ein zwischen den vollständig unselbständigen Arbeitern und den selbständigen Unternehmern. Gegenüber den Heimarbeitern, die nicht unter sie fallen und die wie seither den gewerblichen Arbeitern gleichgestellt bleiben, sodaß sie regelmäßig nicht der LKK anzugehören haben, bildet das Moment der rechtlichen Unabhängigkeit vom Arbeitgeber das Hauptunterscheidungsmerkmal. Wirtschaftlich sind die Hausgewerbtr. ebenso abhängig, wie die Heimarbeiter und alle unselbständig Beschäftigten. Der Hausgewerbtr. i. S. der RVO ist ein selbständiger Gewerbetreibender, der frei über seine Arbeitskraft und Arbeitszeit verfügt,

in dessen Belieben es steht, einen Auftrag anzunehmen und die Zeit für seine Ausführung zu wählen. Die rechtliche Unabhängigkeit zeigt sich besonders darin, daß er dem Auftraggeber nicht durch einen Dienstvertrag verpflichtet ist, der nur durch eine einem jeden Teile freistehende Kündigung gelöst werden kann. Das Geschäftsverhältnis kann jederzeit von jedem Teile beendet werden.[1]) Bei der Abgrenzung der Hausgewerbtr. von dem auch wirtschaftlich unabhängigen Unternehmer ist die Größe des Hilfspersonals, das er beschäftigt, zu würdigen.[2])

Die hausgewerblich Beschäftigten sind schon auf Grund des KVG von 1883 versicherungspflichtig. Sie werden auch derselben LKK zugewiesen, zu der der Hausgewerbtr. gehört, der sie beschäftigt (§ 466 Abs. 2).

Die Familienangehörigen der Hausgewerbtr. sind infolge von § 176 Absatz 1 Z. 2 nicht versicherungspflichtig, wenn sie ohne Entgelt beschäftigt werden, da die Ausnahme in § 155 Abs. 2 nur für den Hausgewerbetreibenden selbst gilt.

Die Einweisung der hausgewerblich Versicherungspflichtigen (§ 468 Abs. 1) in die LKK erfolgte einmal mit Rücksicht darauf, daß ein großer Teil — besonders in der Textil- und Spielwarenindustrie — nicht das ganze Jahr über hausgewerblich, sondern auch zeitweilig als landwirtschaftliche Tagelöhner beschäftigt ist. Dieser Wechsel der Beschäftigung hätte andernfalls einen häufigen und schädlichen Wechsel der Kasse bedingt. Dann bedürfen aber auch, wie schon oben gesagt, die verwickelten Vorschriften zu ihrer Durchführung besonders dazu geeigneter Institute.[3])

Eine Befreiung der Hausgewerbetreibenden selbst — nicht des von ihnen beschäftigten Personals — von der Versicherungspflicht kann auf Grund näherer Anordnungen des Bundesrates erfolgen, wenn sie ein jährliches Gesamteinkommen von mindestens Mk. 2500 haben und einen entsprechenden Antrag stellen (§ 467).

Durchbrechung des Grundsatzes über die Kassenzugehörigkeit der LKK-Pflichtigen. Wir haben oben in § 3 der Abhandlung gesehen, daß nicht immer eine LKK für den Bezirk eines VA errichtet werden muß, daß die Errichtung sogar unter Umständen unterbleiben muß. Für diesen Fall bestimmt § 237 Abs. 2, daß die Landkrankenkassenpflichtigen der AOKK anzugehören haben. Die AOKK kann dann durch die Satzung die Leistungen an diese entsprechend einschränken (§ 161 Abs. 3).

Außer dieser Abweichung kennt das Gesetz noch drei Fälle in denen einzelne oder einzelne Gruppen von LKK-Pflichtigen anderen KK zugewiesen werden können, um diesen die durchweg höheren Leistungen dieser Kassen zukommen zu lassen.

1. Nach § 236 Abs. 2 kann die OVB für ihr Gebiet oder für Teile davon einzelne Gruppen der AOKK zuweisen, wenn diese den Fabrikarbeitern ziemlich gleichstehen und ihre Versicherung daher in der OKK

---

1) vgl. Hahn § 162 Anm. 2.
2) Hahn § 162 3b.
3) Vgl. Komm B II S. 434.

durchführbar ist, wie z. B. die Hausgewerbetreibenden in industriellen Gegenden.

2. Aus denselben Gesichtspunkten ist, namentlich mit Rücksicht auf die Gestaltung der Solinger Hausindustrie, durch § 488 bestimmt, daß die bereits bei der Verkündung der RVO für einen Bezirk oder ein Gewerbe bestehende statutarische Versicherung der Hausgewerbtr. bestehen bleiben kann, wenn sie die OVB auf Antrag der beteiligten Gemeinden oder des beteiligten Gemeindeverbandes genehmigt. Voraussetzung ist aber, daß Auftraggeber und Hausgewerbtr. im Bezirk des VA oder in dem von der OVB bestimmten größeren Bezirke ihren Betriebsitz haben und daß die zugebilligten Leistungen denen dieses Gesetzes mindestens gleichwertig sind.

3. Da die LKK allgemein geringere Leistungen als alle anderen KK hat, so könnte für Mitglieder, die bereits vor der RVO der Versicherung unterworfen waren — in Betracht kommen hierbei die in der Landwirtschaft und die hausgewerblich tätigen Personen — und dadurch Anspruch auf höhere Leistungen und auch größere Verwaltungsrechte hatten, nun ein Nachteil eintreten. Um diese Personen vor einer Schlechterstellung zu bewahren, bestimmt Art. 29 EG RVO, daß LKK-pflichtige Versicherte, die bereits Mitglied einer OKK oder BKK sind, bei ihrer bisherigen Kasse verbleiben oder falls diese infolge der Neuorganisation nicht weiter bestehen bleibt, der an ihre Stelle tretenden besonderen oder allgemeinen OKK beitreten können. Da solche Personen vielfach ihren Beruf und damit möglicher Weise ihre Kasse schnell wechseln, oder z. B. zeitweise in der Landwirtschaft tätig sind und dadurch LKK-pflichtig werden [1]), läßt Art. 29 Abs. 1 Z. 3 ferner zu, daß sie der OKK wieder als Mitglieder beitreten können, selbst wenn sie bis zu 26 Wochen hintereinander einer anderen KK angehört haben, sofern diese nur innerhalb des Bezirkes desselben VA ihren Sitz hat. In diesem Falle können sie zum Schlusse des Geschäftsjahres, d. i. nach § 164 des Kalenderjahres, wieder zur LKK übertreten, nachdem sie rechtzeitig — mindestens 3 Monate zuvor — ihren Austritt angezeigt haben. Durch die Bestimmungen des Art. 29 ist eine Benachteiligung seither Versicherungspflichtiger nur für die landwirtschaftlich Versicherten in dem einen Falle möglich, daß keine AOKK errichtet wird und nur eine LKK für den Bezirk besteht. [2])

Die LKK-Pflichtigen scheiden bei Errichtung einer LKK sofort aus ihrer bisherigen Kasse aus und können durch Erklärung der errichteten AOKK oder der als besonderen OKK zugelassenen Kasse, der sie seither angehört haben, freiwillig als Pflichtmitglieder beitreten. Sie bleiben also nicht ohne weiteres bei der Kasse, sodaß das Wahlrecht nach Art. 29 nur in Frage kommen würde, wenn die Kasse, der sie angehört haben, nicht zugelassen wird. [3]) Dies ergibt sich klar aus den Kommissionsverhandlungen über § 235, in denen über die Stellung dieser Versicherten eifrig diskutiert worden ist,

1) Begr. z. EG RVO S. 29.
2) Komm B II S. 219.
3) Letzteres nimmt Hahn an; vgl. Arb Vers 12 S. 676 ff., 737 ff.

und wo von Regierungsseite wiederholt erklärt worden ist, daß die landwirtschaftlich und die in der Hausindustrie Beschäftigten grundsätzlich ausscheiden müssen, ihnen aber persönlich die weitere Zugehörigkeit zu einer OKK durch das EG gestattet werde.[1]) Die beweist auch Art. 29 selbst, denn wenn dies nicht der Fall wäre, dann wäre die Anordnung, daß sie in der Kasse bleiben „können“, unverständlich.[2])

Streitigkeiten über die Kassenzugehörigkeit von Betrieben Bei Streit einzelner KK, welcher von ihnen Betriebe oder Betriebsteile angehören, oder bei Ablehnung der Kassenzugehörigkeit durch die beteiligten Kassen entscheidet der Beschlußausschuß des VA (§ 258 Abs. 1). Das zuständige VA ergibt sich dabei aus § 1783. Auf Beschwerde entscheidet das OVA endgültig. Die Entscheidung stellt nur das Versicherungsverhältnis klar, da ja die Versicherung von vornherein bei der zuständigen Kasse erfolgt. Bei Zuweisung des Betriebes oder Betriebteiles an eine andere Kasse, ist der Entscheidung keine rückwirkende Kraft beigelegt, sondern diese muß bestimmen, wann das neue Versicherungsverhältnis in Kraft tritt. Endgültige Entscheidungen über die Kassenzugehörigkeit sind für alle Behörden und Gerichte bindend.

Bei Streit zwischen einem Arbeitgeber oder einem Versicherten oder bisher Versicherten oder einem zu Versichernden und einer Kasse über das Versicherungsverhältnis gelten nach § 405 dieselben Bestimmungen. Eine Ausnahme von der bindenden Entscheidung besteht hier nur bei Zuweisung eines Versicherungspflichtigen zu einer Kasse, nachdem die Kassenzugehörigkeit für alle beteiligten KK verneint worden ist, weil er einer anderen Kasse anzugehören habe (vgl. § 405 Abs. 3).

§ 5. Aenderungen der Organisation.

Eine Aenderung der Kassenorganisation kann nur auf eine der im Gesetz bezeichneten vier Arten: der Vereinigung, Ausscheidung, Auflösung und Schließung erfolgen.

Vereinigung Eine Vereinigung der LKK kann nur mit einer AOKK oder einer anderen LKK erfolgen und zwar zwangsweise oder freiwillig.

1. Eine LKK, die für den ganzen Bezirk eines VA errichtet ist, muß mit der AOKK des Bezirkes vereinigt werden, wenn ihre Mitgliederzahl nicht nur vorübergehend unter 250 sinkt (§ 264 Abs. 1).
2. a) Freiwillig kann sich die LKK, die für den ganzen Bezirk des VA errichtet ist, mit der AOKK vereinigen, wenn der Beschlußausschuß des VA nach Anhören beteiligter Arbeitgeber und Versicherungspflichtiger das Bedürfnis für das Fortbestehen verneint (§ 264 Abs. 2).
   b) Ebenso können sich mehrere LKK, die in dem Bezirk eines VA errichtet sind, auf Beschluß ihrer Ausschüsse mit Zustimmung der beteiligten Gemeinden und Verbände miteinander vereinigen (§ 265 Abs. 2).

---

1) Komm B II S. 141, 219.

2) Ebenso Treutlein, Arb Vers 12 S. 624ff., 714ff., und Hoffmann daselbst S. 795.

Ausscheidung Ein Ausscheiden von Mitgliedern aus der LKK kann auf zwei Arten erfolgen:

1. Bei Errichtung einer BKK (§ 245). Die Errichtung einer JKK berührt die LKK nur für den Fall, daß keine AOKK für den Bezirk des VA errichtet ist, sondern nur eine LKK besteht. In diesen Fällen findet keine Auseinandersetzung statt, denn es gehen außer den Ansprüchen nach § 212 keine Rechte und Pflichten der alten Kasse auf die neue über.[1])
2. Bei neuer Bestimmung des Kassenbezirkes (§ 298 Z. 1—3)
   a) wenn sich Kassenbezirke durch andere Abgrenzung der Verwaltungsbezirke ändern,
   b) wenn in einem Bezirk, wo bisher keine AOKK, sondern nur eine LKK bestand, eine solche gebildet wird,
   c) wenn aus einer LKK eine neue LKK ausgeschieden wird.

In diesen Fällen findet eine Auseinandersetzung unter den beteiligten Kassen statt (§ 298 Abs. 1), wenn sie nicht nach § 298 Abs. 3 unterbleiben kann.

Auflösung Eine Auflösung der LKK kann überhaupt nicht erfolgen, da sie zusammen mit der AOKK die Grundlagen für die Durchführung der Versicherung bildet und daher für bestimmte Versicherungspflichtige eine Krankenkasse und damit die Möglichkeit einer Versicherung fehlen würde.

Schließung Wenn eine LKK nicht weiter bestehen kann, dann kann nur eine Schließung in Betracht kommen. Schließung ist die Beendigung, welche ohne Antrag aus bestimmten Gründen erfolgen muß.[2]) Sie ist aus denselben Gründen, aus denen die Auflösung ausgeschlossen ist, bei einer LKK, die für den ganzen Bezirk eines VA errichtet ist, nur zulässig, wenn sich nachträglich herausstellt, daß sie überhaupt nicht hätte errichtet werden dürfen. (§ 266). Dies sind die Fälle der §§ 227—229 und 231 Abs. 2:

a) wenn die Landesregierung die Errichtung ausgeschlossen hatte,
b) wenn keine 250 Pflichtmitglieder vorhanden waren,
c) wenn die Bedürfnisfrage verneint war,
d) wenn für den Bezirk mehrere LKK hätten errichtet werden sollen.

Ist die LKK dagegen nur für Bezirksteile des VA errichtet, so kann nach § 267 die Schließung auch erfolgen:

1. wenn ihre Mitgliederzahl nicht nur vorübergehend unter 250 sinkt und eine Vereinigung mit einer anderen LKK nicht zustande kommt,
2. wenn sie leistungsunfähig wird, da die Einnahmen, obwohl die Beiträge 6 vom Hundert des Grundlohns erreicht haben, nicht ausreichen, um die Regelleistungen zu decken und der Gemeindeverband die erforderliche Beihilfe nicht leistet.

Verfahren Das Verfahren bei Organisationsänderungen ist durch die RVO in den §§ 280—305 ausführlich geregelt. Eine Behandlung dieser für alle Kassenarten geltenden Bestimmungen würde aber hier zu weit führen. Es sollen daher hier nur einige Besonderheiten bei der LKK angeführt werden. Die Aenderung kann nur in geordnetem Verfahren vor den

1) Begr. S. 184.
2) Rosin S. 671.

Versicherungsbehörden erfolgen. Antragsberechtigt ist bei Vereinigung oder Ausscheidung außer der beteiligten Kasse auch der zuständige Gemeindevorstand. Es findet regelmäßig eine Auseinandersetzung zwischen den betroffenen Kassen statt. Ergibt sich bei der zu übernehmenden LKK ein Fehlbetrag, so muß nach § 390 im äußersten Falle der Gemeindeverband für ihn aufkommen. Bei der Vereinigung mit einer anderen LKK oder AOKK bleibt daher der Verpflichtete — der Gemeindeverband — derselbe, sodaß der Fehlbetrag nicht sofort gedeckt zu werden braucht. Die aufnehmende Kasse kann ihn auf sich nehmen und zu seiner Deckung bis zur Dauer eines Jahres die Beiträge der übernommenen Mitglieder durch Zuschläge bis zum gesetzlichen Höchstbetrage von 6 % erhöhen (§ 296 Abs. 3).[1])

Bei Schließung muß das Verfahren von Amtswegen eingeleitet und eine Liquidation durchgeführt werden. Reicht dabei das Vermögen der geschlossenen LKK nicht aus, um die Ansprüche der Beamten zu befriedigen, so hat der Gemeindeverband für den Fehlbetrag einzutreten (§ 305).

1) vgl. auch Begr. S. 192.

II. Innere Verfassung.

§ 6. Mitgliedschaft.

Während der Mitgliederkreis wesentlich die äußere Organisation der Krankenkasse bedingt, berühren die Fragen nach dem Beginn und dem Ende der Mitgliedschaft und das damit in engster Verbindung stehende Meldewesen schon die innere Verfassung. Auch bei der Mitgliedschaft ist wieder ein Unterschied zwischen den Versicherungspflichtigen und den Versicherungsberechtigten zu machen.

Versicherungspflichtige Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger beginnt mit dem Tage ihres Eintrittes in die versicherungspflichtige Beschäftigung (§ 306), ohne daß es einer Anmeldung bedarf. „Dabei gilt die krankenversicherungspflichtige Tätigkeit als begonnen, wenn der Arbeitgeber äußerlich erkennbar die Verfügungsgewalt über die Arbeitskraft des zur Dienstleistung Verpflichteten erlangt hat. Der Zeitpunkt der Vertragsschließung ist also nicht maßgebend, sondern der Antritt der Beschäftigung."[1]) Eine beim Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung bestehende Krankheit schließt die Versicherung nur aus, wenn sie mit völliger Arbeitunfähigkeit verbunden ist.[2])

Eine Ausnahme von der allgemeinen Regel macht das Gesetz für zwei schwer zu überwachende Mitgliedergruppen, nämlich die unständig Beschäftigten und die hausgewerblich Versicherungspflichtigen. Ihre Mitgliedschaft beginnt erst mit der Eintragung in ein von der Kasse geführtes Mitgliederverzeichnis (§§ 442 Abs. 2 und 3, 468). Hier hat also die Eintragung keine nur rechtserklärende, sondern eine rechtsbegründende Wirkung. Vorher sind diese Versicherungspflichtigen keine Mitglieder der Kasse, sodaß ihnen auch kein Anspruch auf Krankenfürsorge zusteht. Sind sie aber einmal eingetragen, dann bleibt ihre Mitgliedschaft bestehen, auch wenn sie vorübergehend nicht gegen Entgelt beschäftigt werden (§ 446). Diese Bestimmung ist aufgenommen, um bei dem häufigen Wechsel zwischen versicherungspflichtiger Beschäftigung und gelegentlicher Beschäftigungslosigkeit die lästige und die Verwaltung der Kasse sehr in Anspruch nehmende Ab- und Anmeldung zu vermeiden. Sie ergibt sich aber schon aus dem Begriff dieser beiden Versicherungsgruppen und dem ihrer Versicherung zugrunde liegenden Gedanken, daß sie immer versichert sein sollen, ohne Rücksicht auf die einzelnen Beschäftigungsverhältnisse.

---

1) Hoffmann § 165 Anm. 23a.
2) vgl. Hoffmann § 165 Anm. 23e.

Die Mitgliedschaft endet regelmäßig, wenn die Voraussetzungen der Versicherungspflicht wegfallen, z. B. bei Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses, dauernder Ueberschreitung des Jahreseinkommens von Mk. 2500.— bei Beschäftigten in gehobener Stellung. Außerdem aber nach § 312, sobald der Versicherungspflichtige Mitglied einer anderen auch knappschaftlichen KK wird, da eine Doppelversicherung bei Krankenkassen nach der RVO unzulässig ist.

Verhältnis zu Ersatzkassen

Hier sei kurz erwähnt, daß die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse (§ 503) die Mitgliedschaft bei der LKK nicht zum Erlöschen bringt. In diesem Falle tritt nur auf Antrag der Versicherten ein Ruhen der eigenen Rechte und Pflichten der Mitglieder ein. Sie werden von ihrer Beitragspflicht zur LKK befreit, während der Arbeitgeber seinen Beitragsteil weiter zu zahlen hat (§ 517). Die in der Landwirtschaft Beschäftigten, mit Ausnahme der Gärtner, sowie die vorübergehend in der Landwirtschaft beschäftigten gewerblichen Arbeiter dürfen überhaupt nicht Mitglieder einer Ersatzkasse sein. Sind sie es doch, so hat es auf die Mitgliedschaft bei der LKK gar keinen Einfluß; es tritt kein Ruhen ihrer Rechte und Pflichten ein (§ 433).

Ebenso erlischt die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter und hausgewerblich Versicherungspflichtiger, wenn sie Mitglieder einer anderen Kasse geworden sind oder ihre versicherungspflichtige Stellung dauernd aufgegeben haben, §§ 447, 468. Im Gegensatz zum Beginn ist aber hier die Beendigung nicht von der Löschung der Eintragung abhängig, denn ein Eintrag ohne zugrundeliegendes Versicherungsverhältnis ist ohne Wirkung, da beide zusammen gehören. Aus demselben Grunde erlischt aber auch die Mitgliedschaft bei einer zu Unrecht erfolgten Löschung.[1])

Ausnahmsweise dauert bei allen KK die Mitgliedschaft oder ihre Wirkungen noch über die Versicherungspflicht hinaus, wenn diese infolge Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit in den Fällen der §§ 311, 313 und 214 wegfällt.[2])

Versicherungsberechtigte

Die Mitgliedschaft freiwillig Versicherter beginnt mit dem Tage der Beitrittserklärung, die durch schriftliche oder mündliche Anmeldung beim Vorstand oder bei einer Meldestelle erfolgt (§ 310). Im Gegensatz zur Pflichtversicherung entsteht aber für eine beim Beitritt bestehende Krankheit aus sehr naheliegenden Gründen kein Anspruch auf die Kassenleistungen (§ 310 Abs. 2).

Ihre Mitgliedschaft endet:

1. durch die ihnen jederzeit freistehende Abmeldung,
2. mit der Mitteilung des Vorstandes an das Mitglied, wenn er glaubhaft erfährt, daß das jährliche Gesamteinkommen Mk. 4000.— übersteigt (§ 314 Abs. 2),
3. durch Nichtentrichtung der Beiträge an zwei aufeinanderfolgenden Zahltagen nach § 214 Abs. 1,
4. bei Eintritt in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis.

1) Kaskel-Sitzler S. 79 Anm. 1.
2) Näheres bei Kaskel-Sitzler S. 79.

Bei freiwilliger Weiterversicherung muß das ausscheidende Mitglied binnen 3 Wochen diese Absicht erklären, sei es ausdrücklich durch Erklärung oder stillschweigend durch Zahlung der Beiträge. Hierdurch wird die Mitgliedschaft unmittelbar fortgesetzt. Um aber die Kasse vor einer Benachteiligung zu bewahren, ist bestimmt, daß nur die Anzeige während der ersten Woche vollen Entschädigungsanspruch erzeugt, während eine in der zweiten oder dritten Woche abgegebene Erklärung keinerlei Anspruch gibt für Krankheiten, die in dieser Zeit eintreten (§ 313). Die Mitgliedschaft endet aus denselben Gründen wie oben bei der Selbstversicherung.

Meldungen Teilweise zur Kontrolle und Durchführung der Kassenverwaltung, teilweise aber auch zur Herbeiführung der Mitgliedschaft, hat das Gesetz teils den Versicherungspflichtigen, teils den Arbeitgebern eine Pflicht zur Anmeldung bei der Kasse selbst oder den von ihr eingerichteten Meldestellen, oder den vom Versicherungsamt errichteten gemeinsamen Meldestellen auferlegt (§§ 317 Abs. 1, 319 Abs. 1).

Bei Versicherungspflichtigen haben die Arbeitgeber und die Hausgewerbtreibenden für ihre hausgewerblich Beschäftigten die Pflicht, Beginn, Ende und jede Aenderung des Beschäftigungsverhältnisses, sowie die nötigen Angaben zur Berechnung der Beiträge binnen drei Tagen zu melden (§§ 317, 318). Wird ein Versicherungspflichtiger gleichzeitig von mehreren Arbeitgebern beschäftigt, so ist jeder von ihnen selbständig zur An- und Abmeldung bei der Kasse verpflichtet. Dies ergibt sich im Hinblick auf die Gesamthaftung dieser Arbeitgeber für die Beiträge nach § 396.[1]) Im Interesse aller Beteiligten bestimmt § 317 Abs. 2, daß eine Meldung unterbleiben kann, wenn die Unterbrechung nur ganz vorübergehend — weniger als eine Woche — ist und die Beiträge weiter bezahlt werden. Die Meldungen haben nur rein deklaratorischen Charakter, aber bei Vernachlässigung oder Verletzung der Meldepflicht treffen den Arbeitgeber finanzielle Nachteile, indem ihm ziemlich ansehnliche Geldstrafen und daneben noch Nachzahlung der rückständigen Beiträge bis zum 5 fachen Betrage als Ersatz für etwa gemachte Leistungen auferlegt werden können (§§ 530, 531). Die Hausgewerbtreibenden, die ihrer Anmeldepflicht nach § 468 Abs. 2 zuwiderhandeln, kann nur die Strafe aus § 530 treffen. Es kann ihnen nicht noch die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge auferlegt werden, da die Kasse keine Nachteile treffen kann, weil ihre Leistungspflicht auch bei den hausgewerblich Beschäftigten erst mit der Eintragung in das Verzeichnis beginnt (§ 531 Abs. 2). Dagegen trifft die Arbeitgeber jetzt nicht mehr wie nach dem KVG die oft sehr nachteilige Folge der Ersatzpflicht für alle Aufwendungen der Kasse auf einen Unterstützungsfall, den ihr die nichtangemeldete Person verursacht hat.

Unständig Beschäftigte und Hausgewerbtreibende Keine Meldepflicht besteht dagegen für die Arbeitgeber unständig Beschäftigter und die Auftraggeber von Hausgewerbetreibenden. Diese Versicherungspflichtigen sollen sich vielmehr selbst zur Eintragung und Löschung melden (§§ 444, 448, 447, 468 je Abs. 1).

1) vgl. Monatsbl. Arb. Vers. 13 S. 9.

Tun sie es nicht, dann trifft sie keine Strafe; sie müssen aber einer Vorladung der zuständigen Kasse zwecks Feststellung des Versicherungsverhältnisses Folge leisten und können hierzu durch Geldstrafen angehalten werden (§ 445). Für diese beiden Gruppen bestimmt § 443, daß die LKK sie von selbst in das Mitgliederverzeichnis einträgt, sobald sie Kenntnis von derartig Versicherungspflichtigen ihres Bezirks erlangt, die noch keiner Kasse angehören. Außerdem trifft bei diesen anstelle der Arbeitgeber nach näherer Bestimmung der OVB das VA, die Gemeinde- und Polizeibehörde, sowie alle Organe und Angestellten der Versicherungsträger die Pflicht, jeden derartigen Versicherungspflichtigen zu melden, der noch keiner Kasse angehört.

Die Löschung im Mitgliederverzeichnisse erfolgt ebenfalls durch die Kasse selbst, wenn sie erfährt, daß der Versicherte Mitglied einer anderen Kasse geworden ist, oder die unständige Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgegeben hat, oder verstorben, oder in den Bezirk einer anderen Kasse verzogen ist (§ 447).

Bei einer dauernden Beschäftigung in einem landkassenpflichtigen Betriebe derselben Kasse wird bei der nach § 317 erfolgten Anmeldung durch den Arbeitgeber das seitherige Mitglied nicht aus dem Verzeichnisse gestrichen, sondern nur ein Vermerk hinzugefügt, der bei Abmeldung wieder gelöscht wird (§ 449). Der Grund zu dieser Bestimmung ist, daß es sich in vielen Fällen doch nur um eine vorübergehende Unterbrechung der seither geübten Beschäftigungsart handeln wird, so daß eine sofortige Löschung unzweckmäßig erscheint. Durch die Bestimmung des § 449 Abs. 2, daß die Mitgliedschaft auf Grund dieser Anmeldung die frühere unmittelbar fortsetzt, fällt eine Karenz- oder Wartezeit für den Bezug von Mehrleistungen weg.

Der Landesregierung ist für das Gebiet des Bundesstaats oder Teile desselben das Recht abweichender Regelung des Meldewesens gewahrt durch § 458.

Wandergewerblich Beschäftigte Eine kleine Abweichung von den allgemeinen Vorschriften für die Meldungen besteht noch bei den im Wandergewerbe Beschäftigten. Hier erfolgt die Anmeldung auch durch den Arbeitgeber, bei der zuständigen LKK, aber nicht einzeln unter Angabe der Namen, sondern nur ihrer Zahl nach. Dies bedeutet für den Unternehmer eine große Erleichterung, da er bei Wechsel seines Personals nicht immer eine Ab- und Neuanmeldung vorzunehmen hat. Wird diese Zahl nachträglich durch Hinzunahme weiterer Beschäftigter überschritten, so bedarf es einer Neuanmeldung, aber auch wieder nur der Zahl nach, durch Vermittlung der für die Erlaubnis nach § 62 Gew O zuständigen Behörde.[1])

§ 7. Satzung.

Die zweite Voraussetzung, die erfüllt sein muß, bevor die LKK ins Leben treten kann, ist wie oben in § 3 S. 11 bereits gesagt, die Errichtung einer Satzung (§ 320 Abs. 1). Die Satzung bildet die gesetzlich not-

1) Zuständig ist hierfür in Preußen der Bezirksausschuß.

wendige, zusammenhängende Grundlage für die innere Verwaltung und Geschäftsordnung der Kasse. In der Aufstellung bezw. Abänderung ihrer Bestimmungen zeigt sich die interne Selbstbetätigung der eigenen Verbandspersönlichkeit.[1]) Die Satzung schafft innerhalb der ihr durch das Gesetz gezogenen Grenzen positives Recht — besonders hinsichtlich der gegenseitigen Verpflichtungen und Berechtigungen —, das für alle Beteiligten verbindlich ist.

Errichtung durch Gemeindeverband oder VA Die Errichtung der Satzung der LKK erfolgt in der Regel durch den Gemeindeverband, innerhalb dessen Bezirks die Kasse gebildet wird, nachdem die beteiligten Arbeitgeber und Versicherten gehört sind (§ 320 Abs. 2). Eine Ausnahme findet nur in dem oben erwähnten Falle statt, daß eine Kasse in der endgültig angeordneten Frist nicht errichtet wird (§ 233 Abs. 2). Während aber dort die Errichtung der Kasse durch das OVA erfolgt, ist hier die Errichtung der Satzung dem VA übertragen (320 Abs. 3), da die Satzung der Genehmigung des OVA bedarf und beide Funktionen nicht gut in einer Hand vereinigt werden können.

Eine zukünftige Aenderung einzelner Bestimmungen der Satzung einer bestehenden LKK liegt nach § 345 Z. 6 dem Ausschuß ob. Dabei bedarf es einer getrennten Abstimmung und Mehrheit sowohl der Arbeitgeber als der Versicherten. Ausnahmsweise genügt ungetrennte Abstimmung, wenn die Satzungsänderung nach § 326 angeordnet ist oder wenn sie die Kassenleistungen und Beiträge betrifft und nicht § 388 entgegensteht (§ 345 Abs. 3).

Inhalt Bei der Satzung unterscheiden wir notwendige, erlaubte und unerlaubte Bestimmungen. Die notwendigen (§§ 321, 322) müssen in der Satzung enthalten sein, sodaß bei deren Fehlen die erforderliche Genehmigung durch das OVA nicht erteilt werden darf (§ 324). Daneben stehen die dem Belieben des Gemeindeverbands bezw. der Kasse selbst anheimgestellten Anordnungen, die zunächst eine Grenze nur im Gesetz finden. Damit aber diese Bestimmungen sich nicht ins Unendliche verlieren und ein Anhaltspunkt für die Aufsichtsbehörde gegeben ist, bestimmt § 323 weiter, daß auch nicht solche getroffen werden dürfen, die nicht im Zwecke der Kasse liegen.[2]) Innerhalb dieses Rahmens ist der freiwillige Inhalt vollgültig. Diesen beiden Arten stehen die unzulässigen Bestimmungen gegenüber, die vollständig nichtig sind, selbst wenn die Satzung versehentlich genehmigt worden ist. Hierher gehören Vorschriften, die dem Gesetz widersprechen (z. B. über die Verteilung des Vermögens bei Auflösung der Kasse, denn diese ist im Gesetz zwingend geregelt).

Notwendige Bestimmungen Die Satzung muß zunächst den Bezirk der LKK und den Kreis der Mitglieder angeben. Eine Bestimmungsmöglichkeit hat sie hier nicht, denn der Bezirk ist durch den Gemeindeverband abgegrenzt und ihr zugewiesen worden, und ihr Mitgliederkreis ergibt sich

1) Rosin S. 101.

2) vgl. Komm B II S. 201; Beispiel bei Hoffmann § 323 Anm. 2: den Mitgliedern kann die Verpflichtung zur Teilnahme an Begräbnissen verstorbener Kassenmitglieder bei Androhung von Strafe nicht auferlegt werden.

direkt aus der RVO §§ 235, 237 Abs. 1 und den etwaigen Anordnungen des Bundesrats oder der OVB (§ 236). Diese Angaben haben daher keinen rechtsbegründenden, sondern nur rechtserklärenden Charakter. Als weiteren Inhalt verlangt § 321 Z. 1—10 Bestimmungen über:

1. Namen und Sitz der Kasse;
2. Art und Umfang der Leistungen;

   Hier ist zunächst festzustellen, daß die Satzung nicht unter die Regelleistungen hinabgehen kann (§ 379 Abs. 2). Sie kann aber in dreierlei Hinsicht auf die Leistungen einwirken. Sie kann diese bedeutend erhöhen, zunächst allgemein durch entsprechende Festsetzung des Grundlohns, für den bei LKK hauptsächlich der Ortslohn in Betracht kommen soll (§§ 180, 181); dann aber auch durch Ausdehnung einzelner Leistungen. Besonders durch Einführung weitgehender Wochenhülfe können leistungsfähige Kassen, die jetzt von allen Seiten einsetzenden Bestrebungen, die Säuglingssterblichkeit zu vermindern, tatkräftig und auf breiter Grundlage unterstützen. Zweitens kann die Satzung Leistungen einer Art an Stelle anderer Leistungen gewähren, die besonders im Interesse der Kranken liegen, z. B. Gewährung von Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger unter Abzug eines Teiles des Krankengeldes (§ 165), oder auch zwecks einfacherer Kassenführung, z. B. § 193 Abs. 3. Endlich kann sie auch ausnahmsweise die Regelleistungen einschränken, indem sie diese im Falle des § 188 auf die Dauer von 13 Wochen festsetzt oder im Falle des § 192 das Krankengeld ganz versagt.

3. Höhe der Beiträge und Zahlungszeit;
4. Zusammensetzung, Rechte und Pflichten des Vorstandes;
5. Zusammensetzung und Berufung des Ausschusses und Art seiner Beschlußfassung, sowie seine Vertretung nach außen im Falle des § 346 Abs. 1;
6. Aufstellung des Voranschlags;

   Die Begründung (S. 200) führt als Grund dieser Bestimmung die infolge der Zentralisation der KK nötige ordnungsmäßige Veranschlagung der in größerem Maße dem Ermessen der Kassenorgane überlassenen Ausgaben an. Hier kommen allerdings nur die Verwaltungsausgaben in Betracht, denn die Leistungen der Kasse sind nach Gesetz und Satzungen festgelegt. Der Voranschlag wird durch den Ausschuß festgesetzt (§ 345 Abs. 2 Z. 1);

7. Aufstellung und Abnahme der Jahresrechnung;
8. Höhe der Vergütungen nach § 21 Abs. 2 und 3;
9. Art der Bekanntmachungen;

   Die Satzung braucht nicht etwa schon die einzelnen Blätter namhaft zu machen, in denen die KK ihre Bekanntmachungen erläßt. Dies würde unter Umständen unpraktisch sein. Aber sie muß klarstellen, von wem und in welcher Weise die Art der Bekanntmachungen zu bestimmen ist, und dafür sorgen, daß die Bestimmungen rechtzeitig und in ausreichender Weise zur Kenntnis der Beteiligten gelangen können.[1])

---

1) Begr. S. 200.

10. Aenderung der Satzung.

Ferner muß nach § 322 die Satzung die Stellen für die Meldungen bezeichnen.[1])

Von dem freiwilligen Inhalt der Satzungen war oben schon die Rede.

Erteilung der Genehmigung Die errichtete Satzung, sowie jede Abänderung bedarf der Genehmigung des OVA, die dieses ohne Zuziehung von Beisitzern erteilt (§ 324 Abs. 1). Diese ist nötig, damit die Kasse überhaupt ins Leben treten kann, und deshalb liegt dem OVA auch die Aufgabe ob, zugleich den Termin anzugeben, wann dies geschehen soll. Da nun aber die LKK erst ganz neu geschaffen ist und nicht vor dem Inkrafttreten der materiellen Vorschriften der RVO bestehen kann, so kann als frühester Termin der 1. Januar 1914 angeordnet werden. Für die Kassen die nach diesem Termin erst errichtet werden, kann natürlich das OVA nach freiem Belieben den Tag des Inslebentretens bestimmen. Entsteht bei der Tätigkeit der LKK Streit über die Auslegung einer Bestimmung der Satzung, dann entscheidet nach § 33 das VA im Aufsichtswege.

Versagung der Genehmigung Die Versagung der Genehmigung der Satzung darf — im Gegensatz zur Erteilung — durch das OVA nur unter Zuziehung von Vertretern der Arbeitgeber und Arbeiter (durch die Beschlußkammer) erfolgen, und auch nur wenn die Satzung den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt (§ 324, Abs. 2). Eine Berücksichtigung der Zweckmäßigkeit darf daher nicht stattfinden und wenn daher eine Bestimmung der Satzung noch so unzweckmäßig und unvorteilhaft ist, so darf doch, solange sie noch im Zwecke der Kasse liegt, die Genehmigung nicht versagt werden. Dies kann nur und muß dann aber auch geschehen, wenn gesetzliche Verstöße vorliegen, also besonders wenn die Satzung nicht vorschriftsmäßig zustande gekommen ist oder eine notwendige Bestimmung nicht enthält oder eine unzulässige getroffen hat.[2])

Der Versagung der Genehmigung sind die Gründe hierfür beizufügen. Gegen diesen Beschluß kann die Kasse binnen einem Monat die Rechtsmittelbeschwerde an das RVA einreichen (§§ 1793, 128, 129). Dadurch kann eine Aufhebung des Beschlusses sowohl auf Grund formeller als auch materieller Verstöße erfolgen, z. B. wenn die Beschlußkammer nicht zugezogen war oder eine Gesetzesüberschreitung überhaupt nicht vorliegt.

Zwangsweise Abänderung der Satzung Wenn eine Satzung zu Unrecht genehmigt worden ist, so werden, wie bereits ausgeführt, die gesetzwidrigen Bestimmungen dadurch nicht wirksam. Stellt sich dieser Mangel nachträglich heraus, so kann zunächst die Kasse von sich aus diesen beseitigen, andernfalls ordnet die Beschlußkammer des OVA die nötige Aenderung an, die dann der Ausschuß der Kasse binnen einem Monat nach der endgültigen Anordnung beschließen muß (§ 326 Abs. 1). Leistet er dieser Anordnung

1) Im Interesse möglichster Uebereinstimmung ist im Reichsamt des Innern eine Mustersatzung ausgearbeitet worden, die von den Gemeindeverbänden den örtlichen Verhältnissen angepaßt wird.

2) Kaskel-Sitzler S. 134.

keine Folge, so vollzieht das OVA die notwendige Aenderung selbst in rechtsverbindlicher Weise, nicht nur für die beteiligten Arbeitgeber und Versicherten und die Kasse, sondern auch für alle Verwaltungsbehörden und Gerichte (§ 326 Abs. 2).[1])

Ebenso wird verfahren, wenn endgültig angeordnete Aenderungen der Satzung, die durch Vorschriften dieses Gesetzes (z. B. bei Organisationsänderungen) erforderlich werden, nicht rechtzeitig vollzogen werden (326, Abs. 3).

Auch gegen diese Anordnung des OVA steht der Kasse die Beschwerde an das RVA nach § 1793 zu.

Zustimmung zu einzelnen Bestimmungen

Von der Genehmigung zu unterscheiden ist die Zustimmung durch die Beschlußkammer des OVA zu einzelnen Bestimmungen der Satzung, die das Gesetz fordert: z. B. bei Festsetzung des durchschnittlichen Tagesentgelts als Grundlohn (§ 180), Festsetzung längerer Fristen für die Anzeige der freiwilligen Weiterversicherung, ferner besonders zu vielen Sonderbestimmungen für die landwirtschaftlich Beschäftigten (§§ 420, 421, 423, 424, 428 . . . .) Diese spezielle Zustimmung geht der generellen Genehmigung voraus. Sie wird nach freiem Ermessen unter Berücksichtigung von Zweckmäßigkeitsgründen erteilt. Eine Versagung ist zu begründen. Da das Gesetz die Entscheidung ausdrücklich als endgültig bezeichnet (§ 324 Abs. 3) kann das OVA bei rechtswidrigem Zustandekommen des Beschlusses nur im Aufsichtswege durch die OVB (§ 79) angehalten werden, nochmals zu entscheiden.

Neben dieser Zustimmung des OVA kennt die RVO noch eine solche der OVB oder des beteiligten Gemeindeverbands zu einigen Bestimmungen, die hier des Zusammenhangs wegen erwähnt werden sollen.

Zustimmung des OVB ist erforderlich nach § 428, wenn für LKK-Pflichtige nachträglich die erweiterte Krankenpflege eingeführt werden soll, in Bezirken, in denen diese bereits auf Grund der RVO oder des KVG versichert sind. Das ist also nur der Fall, wenn die erweiterte Krankenpflege nicht gleichzeitig mit dem Inkrafttreten der Versicherungspflicht für die Landwirtschaft eingeführt wird.[2])

Zustimmung des Gemeindeverbandes neben der des OVA schreibt § 455 vor bei Befreiung unständig Beschäftigter von der Beitragszahlung.

Erlaß einer Krankenordnung

Neben der Satzung enthält die Krankenordnung ebenfalls bindende Anordnungen für die Beteiligten. Sie regelt einen Teil der inneren Verwaltung, nämlich das Verhalten und die Ueberwachung ihrer erkrankten Kassenmitglieder (§ 347). Die Vorschriften der Krankenordnung haben ebenso wie die Bestimmungen der Satzung einen öffentlich-rechtlichen Charakter. Sie wurden aus Zweckmäßigkeitsgründen nicht in die Satzung aufgenommen, um nötigenfalls eine schnelle Aenderung herbeiführen zu können. Die Krankenordnung wird durch den Ausschuß festgesetzt. Sie bedarf ebenfalls der Genehmigung, aber nur derjenigen des VA. Ueber die Versagung entscheidet auf Beschwerde die Beschluß-

1) Hoffmann § 326, Anm. 6.
2) Hoffmann § 428, Anm. 3.

kammer des OVA endgültig. Jede Krankenkasse muß eine Krankenordnung haben. Wird sie trotz Aufforderung des VA nicht eingereicht, dann stellt sie das OVA ebenso wie angeordnete Aenderungen und Ergänzungen rechtsverbindlich fest.

§ 8. Kassenorgane.

Stellung und Zusammensetzung

Da der LKK selbständige juristische Persönlichkeit beigelegt ist, so muß sie auch Organe haben, durch die sie ihren Willen betätigt. Als solche hat die RVO jetzt allgemein einen Vorstand und einen Ausschuß eingesetzt. Die seither bei den Kassen bestandene Generalversammlung ist durch den Ausschuß ersetzt worden. Beide Körperschaften setzen sich aus Vertretern der bei der Kasse Versicherten, sowie deren Arbeitgebern zusammen. Sie haben gemeinsam die Kassenverwaltung zu führen, wobei einmal die Grenzen ihrer Befugnisse nach außen durch das Gesetz bestimmt sind, dann aber auch im Innern die Zuständigkeit dieser beiden leitenden Organe durch Gesetz und Satzung fest abgegrenzt ist.

Die neue Regelung gerade dieser wichtigsten Faktoren der Kassenverwaltung hat große Mühe gekostet und ist lebhaft umstritten und bei der LKK besonders getadelt worden. Bei der LKK handelt es sich darum, von vornherein zwei Mißstände abzuwenden, die sich allmählich bei der Verwaltung der OKK herausgebildet haben. Zunächst sollte der mächtige Einfluß sozialdemokratischer Agitation und ihr Hinaustragen auf das platte Land in die Reihen der neu in die Versicherung einbezogenen Arbeiter unterbunden werden. Dann sollte allgemein — nicht nur bei der LKK — die infolge der seitherigen Stimmenverteilung von der Verwaltung fast völlig ausgeschlossenen Arbeitgeber wieder zur Mitarbeit herangezogen werden. Zur Erreichung des letzten Zieles war im Entwurf eine Halbierung der Stimmen der Arbeitgeber und der Versicherten vorgesehen, dementsprechend aber auch eine Halbierung der Beitragslasten. Der Plan scheiterte einmal an dem Widerspruch der Unternehmer, die eine höhere Belastung [1]) im Interesse ihrer Konkurrenzfähigkeit auf dem Weltmarkt für unmöglich hielten. Ferner wollte man den Mittelstand und besonders den kleinen Bauernstand nicht zu sehr belasten. Andererseits sprach auch bei dieser Verteilung, an die man sich durch die langen Jahre der Uebung gewöhnt hatte, das Beharrungsvermögen stark mit, das nicht gern ohne ganz zwingende Gründe etwas umändert. Deshalb ist es bei der alten Verteilung geblieben; die Arbeitgeber stellen ein Drittel, und die Arbeitnehmer zwei Drittel der Vertreter in Vorstand und Ausschuß. Der Zweck der staatlich geleiteten Sozialpolitik ist aber neben der Sorge für den wirtschaftlich Schwachen auch der, eine Ueberbrückung und teilweise Versöhnung des naturgemäß zwischen den beiden beteiligten sozialen Gruppen der Unternehmer und der Arbeiter bestehenden Gegensatzes herbeizuführen. Dies ist aber ausgeschlossen, wenn die eine Gruppe von vornherein zur absoluten Minderheit und damit

1) Die Mehrbelastung war auf rund 46 Mill. Mk. und bei Berücksichtigung der neu zu versichernden Personen auf rund 56 Mill. Mk. jährlich berechnet worden.

vollständigen Ausschluß von der Kassenverwaltung verurteilt ist. Deshalb hat der Gesetzgeber andere Mittel gesucht und gefunden, um eine Mitarbeit der Arbeitgeber herbeizuführen. Es wird jetzt bei den wichtigsten Angelegenheiten der Kasse eine Mehrheit sowohl der Arbeitgeber als der Versicherten verlangt, wie sie schon nach dem geltenden Rechte bei einzelnen Fällen, z. B. der Erhöhung der Kassenleistungen nach § 21 Abs. 1 Nr. 1a KVG bestand.

Eine Gewährleistung gegen das Eindringen politischer Strömungen liegt nun bei den LKK in der Einführung der Wahl der Organe durch die Vertretung des Gemeindeverbandes. Neben dem hauptsächlich politischen Grunde waren aber auch versicherungstechnische Gründe maßgebend, da eine allgemeine Wahl praktisch schwer durchführbar gewesen wäre. Einmal wäre die Wahlbeteiligung bei einer Wahl am Sitze der Kasse voraussichtlich sehr gering, wegen der größeren Entfernung und auch teilweisen Abwesenheit einiger Gruppen von Mitgliedern. Eine Wahl in den einzelnen Gemeinden hätte andererseits wieder einen zu großen Wahlapparat erfordert. Ferner wäre infolge des Mangels der Gelegenheit einer vorgängigen Verständigung voraussichtlich eine große Stimmenzersplitterung eingetreten, so daß nur reine Zufallsmehrheiten zustande gekommen wären.[1]) Dieser Ausschluß des aktiven Wahlrechts ist heftig angegriffen worden und wird auch jetzt noch von vielen Seiten als großer Mangel bezeichnet. Unter anderem wird gesagt, die LKK sei durch die Bureaukratisierung ähnlich wie die Gemeindekrankenversicherung von vornherein zum Stillstand verurteilt, da eine Weiterentwicklung nur in den völlig selbstregierten Kassen möglich sei. Ob sich dieses Urteil bestätigt, muß erst die Praxis und die Zukunft lehren.

Wahl durch die Gemeindevertretung Beide Organe (Vorstand und Ausschuß) werden also durch die Vertretung des Gemeindeverbands gewählt (§§ 331, 336). Unter der Vertretung des Gemeindeverbandes ist dabei das repräsentative Organ, nicht das verwaltende Organ des betreffenden Verbandes gemeint.[2]) Wenn die Kasse nur für eine einzelne Gemeinde oder für mehrere, welche keinen besonderen Gemeindeverband bilden, errichtet ist, steht die Wahl doch der Vertretung des Gemeindeverbands als nächst größeren Gemeindeverband i. S. des § 526 Abs. 1 zu. Eine Ausnahme bildet nur der Fall, daß die OVB die Gemeinde für zuständig erklärt hat (§ 526 Abs. 2).[3])

Auch bei der Wahl der Organe der LKK findet das in § 15 vorgeschriebene Verhältniswahlverfahren Anwendung. Hoffmann[4]) behauptet allerdings, daß die Verhältniswahl wohl nicht durchführbar ist.[5])

---

1) Komm B II S. 215.

2) vgl. Sten. B. Bd. 267 S. 6671; zuständig ist hiernach in Preußen: in Landkreisen der Kreistag, in Städten die Stadtverordnetenversammlung, in Landgemeinden die Gemeindeversammlung oder die Gemeindevertretung.

3) Komm B II S. 223.

4) § 331 Anm. 3

5) auf demselben Standpunkt scheint Treutlein zu stehen nach seinen Ausführungen im Zentralbl. 12 S. 369 ff.

Das ist aber nicht einzusehen, denn die Vertretung eines Gemeindeverbandes kann eine ganz ansehnliche Mitgliederzahl haben [1]), und bei ihrer Zusammensetzung spielen auch bisweilen politische Gesichtspunkte mit — man denke nur an die Stadtverordnetenwahlen. Warum sollte man hier einer Minderheit nicht auch Rechte zukommen lassen? Daß die Verhältniswahl stattzufinden hat, geht aber auch aus dem Gesetz hervor. § 15 gilt für alle Träger der Versicherung. Hierzu gehören auch die LKK. Sollte er also für diese nicht gelten, dann mußte er ausdrücklich aufgehoben werden. Das ist aber nicht geschehen. Auch die Entstehung der §§ 331, 336 und die Begründung zu den entsprechenden §§ 343, 346, 349 des Entwurfs sprechen für die hier vertretene Ansicht. § 343 (331 d. G.) lautet im Entwurf: die Vorstandsmitglieder werden vom Gemeindeverband „bestellt". In der Begründung hierzu (S. 203) heißt es: „für die nach § 343 bestellten Vorsitzenden und Vorstandsmitglieder der LKK gelten die nur für gewählte Mitglieder der Kassenorgane geltenden Vorschriften der § 12 ff nicht." In der Begr. zu § 346 (§ 336 d. G.) heißt es (S. 204): „die Ausschußmitglieder werden „gewählt", nicht „bestellt"; daher gelten für sie die §§ 12 ff. Dies bezieht sich nicht nur auf die Wahl nach § 349 (§ 336 Abs. 3 d. G.), sondern auch auf die nach § 346 (§ 336 Abs. 1 d. G.)." In den Kommissionsverhandlungen wurde dann die Bestellung des Vorstandes fallen gelassen, und ebenfalls die Wahl für ihn beschlossen, wie es auch Gesetz geworden ist. Aus den angeführten Stellen der Begründung ergibt sich infolgedessen, daß bei jeder Wahl die Verhältniswahl Platz greifen soll. Ursprünglich sollte die Verhältniswahl überhaupt nur für OKK gelten, und deshalb fand sich die Bestimmung nicht im allgemeinen Teil, sondern bei den Vorschriften über die Wahl zur OKK im § 347 des Entwurfs. Da sie jedoch allgemein für alle Kassen gelten soll, wurde sie als § 14a (§ 15 d. G.) durch die Kommission eingesetzt und in § 347 gestrichen. Dieses spricht auch wieder dafür, daß die Verhältniswahl auch für die LKK stattzufinden hat, was auch in der Kommissionsverhandlung ausdrücklich festgestellt wurde.[2]) [3])

Statt der Wahl durch die Vertretung des Gemeindeverbandes kann die Landesregierung die Wahl zum Ausschuß in solchen Bezirken von VAemtern, in welchen nur Stadt- und Landgemeinden, nicht aber selbständige Gutsbezirke, Gemarkungen oder ausmärkische Bezirke vorhanden sind, den Vertretungen der einzelnen Gemeinden übertragen. Sie hat dann auch die näheren Anordnungen zu treffen (§ 336 Abs. 2). Ist die Wahl zum Aus-

---

1) Der Kreistag besteht nach der Kreisordnung f. d. östl. Prov. von 1872 nach § 82 aus mindestens 25 Vertretern bei 25 000 E., steigend um je 1 Vertr. für je 5000 E. bis zu 100 000 E. und dann weiter um je 1 Vertr. für je 10 000 E. bei über 100 000 E. Die Stadtverordnetenvers. besteht nach der Städte-Ordn. aus 12—48 Mitgliedern bei 100 000 E., bei höherer E. Zahl tritt statutarische Bestimmung ein.

2) Komm B I S. 13. Ders. Ansicht sind: Hanow, § 15 Anm. 3, Hahn § 331 Anm. 2.

3) über die Grundzüge des Verhältniswahlverfahrens vgl. die klare Behandlung in Monatsbl. Arb. Vers. 12 Nr. 7.

schuß in dieser Weise geregelt, dann kann die OVB anordnen, daß die Wahl des Vorstandes und des Vorsitzenden in gleicher Weise vorgenommen wird (§ 331 Abs. 2). Der hierbei gemachte Unterschied zwischen OVB und Landesregierung bezieht sich nach einer Erklärung in der Kommission [1]) darauf, daß unter einer Bestimmung der OVB eine reine Verwaltungsentscheidung, die die Landesregierung erläßt, zu verstehen ist, während es sich bei einer Bestimmung der Landesregierung nach dem Staatsrecht der einzelnen Bundesstaaten entscheidet, ob die Bestimmung durch Gesetz, landesherrliche Verordnung, oder ebenfalls als Verwaltungsentscheidung zu treffen ist.[2])

Wahl wie zur OKK Schließlich kann durch Landesgesetz da, wo es die Verhältnisse erlauben, für das Gebiet oder Gebietsteile des Bundesstaats angeordnet werden, daß die Wahl des Vorstandes und Ausschusses ebenso wie bei der OKK erfolgt. Dann haben also die beteiligten volljährigen Arbeitgeber und Versicherten in getrennter Abstimmung unter Leitung des Vorstandes die Vertreter zum Ausschuß zu wählen (§ 333 Abs. 1). Dieser wählt dann — ebenfalls getrennt — die Vorstandsmitglieder (§ 335). Der Vorsitzende wird aber auch in diesem Falle von der Gemeindevertretung gewählt, denn § 336 Abs. 2 erwähnt nur die Wahl des Vorstandes und des Ausschusses, nicht auch die des Vorsitzenden, während die Wahl des Vorsitzenden sonst im Gesetz besonders hervorgehoben worden ist. Von dieser Bestimmung will nach den Erklärungen in den Kommissionsverhandlungen [3]) nur Sachsen Gebrauch machen im Hinblick auf die vielen landwirtschaftlichen Arbeiter, die bereits in der OKK versichert sind.

Gewählt werden die Vertreter aus den bei der Kasse Versicherten und den beteiligten Arbeitgebern auf die Dauer von 4 Jahren. Die Gewählten besorgen die ihnen obliegenden Geschäfte unentgeltlich im Ehrenamt (§ 21 Abs. 1). Sie erhalten nur die baren Auslagen erstattet. Daneben wird den Vertretern der Versicherten generell Ersatz des entgangenen Arbeitsverdienstes, evtl. durch Festsetzung eines Pauschbetrags gewährt. Den Vertretern der Arbeitgeber kann ein solcher Pauschbetrag zugebilligt werden (§ 21 Abs. 2).

Für die Wählbarkeit zu den Organen gelten die allgemeinen Bestimmungen der §§ 12 ff. Hervorgehoben sei nur, daß nun auch Frauen in den Vorstand wählbar sind, denn § 12 bestimmt, daß jeder volljährige Deutsche wählbar ist. Dabei bezieht sich nach ausdrücklicher Erklärung des Regierungsvertreters [4]) diese Bestimmung nur auf die deutsche Reichsangehörigkeit im Gegensatz zu der ausländischen, so daß kein Unterschied zwischen den Nationalitäten innerhalb des Reichs gemacht wird und diese, wie Polen, Dänen u. s. w. zur Verwaltung herangezogen werden können. Nicht wählbar sind außer den in §§ 12 ff. aufgezählten, die Arbeitgeber unständig Beschäftigter als solche, sowie unständig Beschäftigte, die nach § 455 keine

1) Komm B II S. 131.
2) in Preußen ist letzteres der Fall, so daß beide Begriffe hier gleich sind.
3) Komm B II S. 131.
4) Komm B I S. 10, 11.

Beitragsteile zahlen (§ 457). Während den gewählten Vertretern der Versicherten immer ein Ablehnungsrecht zusteht, was daraus zu schließen ist, daß die im Entwurf enthaltene gleichmäßige Beschränkung der Arbeitgeber und Versicherten abgelehnt und nur eine solche der Arbeitgeber, wie sie bereits im Invaliden-Versicherungsgesetz bestanden hatte, angenommen wurde[1]), steht den gewählten Vertretern der Arbeitgeber nur aus bestimmten Gründen, die denen des Vormundes nach § 1781 BGB ähnlich sind, dieses Recht zu.

Die Zugehörigkeit zu beiden Organen zu gleicher Zeit ist ausgeschlossen. Werden Mitglieder des Ausschusses in den Vorstand gewählt, dann scheiden sie aus dem Ausschuß aus. Werden umgekehrt Mitglieder des Vorstandes in den Ausschuß gewählt, dann ist die Wahl ungültig.

Der Vorstand Der Vorstand ist lediglich Verwaltungsorgan der durch ihn vertretenen Krankenkasse. Seine Zusammensetzung, Rechte und Pflichten bestimmt die Satzung. Seine Stellung ergibt sich im allgemeinen aus den §§ 5 ff. Er ist gesetzlicher Vertreter der Kasse und hat eine ähnliche Stellung wie der Vormund. Er haftet wie dieser für getreue Geschäftsverwaltung. Die Mitglieder des Vorstandes sind keine mittelbaren Staatsbeamten, denn der Vorstand ist keine öffentliche Behörde wie der Vorstand einer Versicherungsanstalt nach § 1343. Der Vorstand hat die Kasse gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Dabei besteht im Zweifel Gesamtvertretung, denn die Satzung kann nach § 5 Abs. 3 einzelnen Vorstandsmitgliedern Einzelvertretungsmacht übertragen. Der Vorstand vertritt die Kasse in allem, was zu ihrer Aufgabe gehört und in ihrem Zweck liegt. Soweit der Vorstand eines Ausweises bedarf, genügt die Bescheinigung seiner Aufsichtsbehörde über seine Zusammensetzung und den Umfang seiner Vertretungsmacht (§ 6 Abs. 2). Er hat eine weitgehende Verpflichtungsbefugnis. Für Schadenszufügung durch den Vorstand haftet die Kasse nach §§ 31, 89 BGB, da er ein verfassungsmäßig berufenes Organ der Kasse ist. Die Vertretungsmacht ist regelmäßig unbeschränkt. Eine Beschränkung kann sich aber aus dem Gesetz oder der Satzung ergeben. Eine gesetzliche Beschränkung enthält nur § 346 bei Geschäften über unbewegliche Sachen. Die Satzung darf die Vertretungsmacht des Vorstandes nur soweit beschränken als es ihr das Gesetz überläßt. Die Beschränkungen müssen im Interesse der Verkehrssicherheit in der Satzung ausgesprochen werden.

Der Vorstand verwaltet die Kasse § 342. Hierdurch ist ausgedrückt, daß er die ganzen laufenden Geschäfte zu erledigen hat, die zu einer ordnungsmäßigen Abwicklung der Kassenverwaltung erforderlich sind. Eine Beschränkung ist nur durch das Gesetz möglich. Gesetzliche Beschränkungen enthalten der § 245, der manche Verwaltungsakte dem Ausschuß vorbehält, sowie die Bestimmungen, die den Vorstand an die Zustimmung des Ausschusses oder die Genehmigung der Behörden bindet, z. B. bei Beschlüssen über die Errichtung von Krankenhäusern. Der Vorstand hat ferner die Verpflichtung, die Beschlüsse der Organe, soweit sie nicht vom Vorsitzenden beanstandet sind, zur Ausführung zu bringen.

1) Komm B I S. 14, 15.

Die Satzung darf den Vorstand in der Verwaltung nicht zu Gunsten des Ausschusses beschränken.

Rechte und Pflichten

Die Rechte und Pflichten des Vorstandes, die vom Gesetz aufgeführt werden, sollen hier zusammengestellt werden.[1])

1. Vertretung der Kasse nach außen § 5.
2. Anzeige des Ergebnisses jeder Wahl und jeder Aenderung des Vorstandes an die Aufsichtsbehörde § 6 Abs. 1.
3. Amtsenthebung gewählter Mitglieder auf ihren Antrag § 24 Abs. 2.
4. Leistung der Rechtshilfe § 116.
5. Auskunftserteilung gegenüber der Aufsichtsbehörde § 31.
6. Auskunftserteilung an Gewerbeaufsichtsbeamte zwecks Sammlung statistischen Materials § 343.
7. Vorlage der Bücher und Listen zur Einsicht durch Beauftragte der Träger der Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung § 344.
8. Verwaltung der Kasse § 342.
9. Aufstellung des Voranschlags und der Jahresrechnung § 321.
10. Aufstellung und Einreichung des Rechnungsabschlusses und der Nachweisungen § 367.
11. Geltendmachung von Regreßansprüchen im Namen der Kasse gegen Mitglieder des Ausschusses und geschäftsleitende Beamte und Angestellte §§ 23 Abs. 1, 361.
12. Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken § 346 Abs. 1.
13. Einberufung der Organe zu Sitzungen auf Verlangen der Aufsichtsbehörde § 32 oder in den von der Satzung vorgeschriebenen Fällen.
14. Einholung der Zustimmung des Ausschusses in den Fällen des § 346 Abs. 2.
15. Meldung unständig Beschäftigter § 444.
16. Ausstellung von Krankheitsbescheinigungen für Zwecke der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung § 1438.
17. Durchführung des Auseinandersetzungsverfahrens bei Organisationsänderungen, Mitteilung an Aerzte und Apotheken §§ 301, 291.
18. Verwaltung des Sondervermögens einer aufgenommenen Kasse § 294 Abs. 2.
19. Beschlußfassung über die Verwendung von Kassenmitteln zu anderen Vereinigungen von Krankenkassen als in § 306 (§ 414).
20. Entscheidung über Anträge auf Befreiung von der Versicherungspflicht § 175.
21. Ueberwachung des Meldewesens § 531.
22. Verhängung von Strafen gegen Mitglieder wegen Verstöße gegen die Krankenordnung § 529.
23. Aufstellung der Dienstordnung § 355.
24. Anhören der volljährigen Angestellten vor Erlaß der Dienstordnung § 355 Abs. 1.

---

1) vgl. hierzu auch Hoffmann § 321 Anm. 7.

25. Anstellung und Entlassung von Beamten und Angestellten §§ 349, 354 Abs. 2, 359 Abs. 1 und 3.
26. Festsetzung höherer Beiträge für gefährliche Betriebe § 384 Abs. 1.

Ferner kann auf Grund besonderer Ermächtigung durch die Satzung der Vorstand Krankenhausbehandlung durch bestimmte Krankenhäuser gewähren lassen (§ 371) und ebenso Verträge mit Apothekenbesitzern oder -Verwaltern über Lieferung von Arznei abschließen.

Geschäftsordnung Die Geschäftsordnung des Vorstandes wird durch die Satzung und seine eigenen Beschlüsse geregelt.[1]) Die Sitzungen sind nicht öffentlich (§ 11) und in einigen Fällen kann eine schriftliche Abstimmung erfolgen (§ 7). Die Abstimmung erfolgt meistens in einfacher Majorität, so daß bei geschlossenem Vorgehen der Vertreter der Versicherten die Arbeitgeber immer machtlos sind. Nur bei einigen wichtigeren Akten, die oben unter Nr. 19, 23 und 25 aufgezählt sind, ist eine getrennte Abstimmung und ein Mehrheitsbeschluß beider Gruppen erforderlich. Können sich die beiden Gruppen nicht einigen, dann greift die Aufsichtsbehörde mit ihren eigenen Anordnungen ein. Dieses Drohmittel wird ähnlich wie bei der Preuß. Kommunalverwaltung für hinreichend erachtet, um eine Einigung herbeizuführen und so fremden Einfluß fern zu halten.

Die Satzung oder Geschäftsordnung kann noch weitere Fälle getrennter Abstimmung anordnen.

Der Vorsitzende Der Vorsitzende leitet die Verhandlungen und ist darin stimmberechtigt. Bei Stimmengleichheit entscheidet seine Stimme.

Als besondere Befugnisse stehen ihm zu:
1. Geldstrafen gegen Vorstandsmitglieder zu verhängen, die sich der Erfüllung ihrer Pflichten entziehen § 19.
2. die sofortige Entlassung von Angestellten, die trotz einer Verwarnung ihre dienstliche Stellung oder ihre Dienstgeschäfte zu einer religiösen oder politischen Betätigung mißbrauchen § 354 Abs. 4.
3. Beschlüsse der Organe, die gegen Gesetz oder Satzung verstoßen, durch Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zu beanstanden §§ 8, 357.

Er kann hierzu bei offensichtigen Verstößen von der Aufsichtsbehörde angehalten werden, gemäß § 31 Abs. 3, da das Gesetz dem Vorsitzenden die Beanstandung zur Pflicht macht.[2])

Der Ausschuß Der Ausschuß ist das repräsentative und überwachende Organ. Seine Zusammensetzung, Berufung und Art der Beschlußfassung wird durch die Satzung geregelt (§ 321 Abs. 1 Z. 5). Er besteht aus höchstens 90 Mitgliedern: 30 Vertretern der beteiligten Arbeitgeber und 60 Vertretern der Versicherten (§ 332 Abs. 1). Eine Vertretung nach außen kommt ihm mit Ausnahme des einen Falles im § 346 Abs. 1 nicht zu. Er übt die Kontrolle über die Geschäftsführung des Vorstandes und hat bei der Verwaltung mitzuwirken.

---

1) Kaskel-Sitzler S. 130.

2) Ebenso Hanow § 8 Anm. 6, Mayer § 8 Anm. 2; die gegenteilige Ansicht von Stier-Somlo in § 8 Anm. II F läßt sich m. E. nicht durch Vergleich mit einem bereits älteren Landesgesetz begründen.

Als seine Rechte und Pflichten ergeben sich aus dem Gesetz:

Beschlußfassung über alles, was nicht Gesetz, Satzung oder Dienstordnung dem Vorstand zuweist (§ 345 Abs. 1).

Besonders erwähnt sind in § 345 Abs. 2:

1. Festsetzung des Voranschlags,
2. Abnahme der Jahresrechnung,
3. Vertretung der Kasse gegenüber den Vorstandsmitgliedern,
4. Abschluß von Vereinbarungen und Verträgen mit anderen Kassen,
5. Beschluß über die Errichtung von Melde- und Zahlstellen,
6. Aenderung der Satzung,
7. Beschlüsse über die freiwillige Vereinigung der LKK mit anderen LKK oder AOKK,

ferner

8. Zustimmung zur Auseinandersetzung § 286 Abs. 3,
9. Bildung und Auflösung von Kassenverbänden §§ 406, 411,
10. Erlaß der Krankenordnung § 347,
11. Meldung unständig Beschäftigter § 444,
12. Gewährung der Rechtshilfe § 416,
13. Erhöhung der Beiträge über $4^1/_2$ % bis zu 6 % zu anderen Zwecken als zur Deckung der Regelleistungen § 388,[1])
14. Bestimmung über Beitragszahlung, Auszahlung der Leistungen und Krankenüberwachung bei Mitgliedern außerhalb des Kassenbezirks § 348,
15. Vertretung der Kasse bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken § 346 Abs. 1,
16. Wahl des Vorstandes nach § 335 im Falle des § 336 Abs. 3.

Ferner hat der Ausschuß seine Zustimmung zu geben nach § 346 Abs. 2,

17. zu der vom Vorstand aufgestellten oder abgeänderten Dienstordnung,
18. zu Beschlüssen über die Errichtung von Krankenhäusern und Genesungsheimen.

Seine Geschäftsordnung regelt sich in derselben Weise wie beim Vorstand. Getrennte Abstimmung der Arbeitgeber und Versicherten ist hier auch gefordert, in den Fällen unter Nr. 6, 7, 13, 16 und 17. Eine einfache Abstimmung genügt aber bei einer Satzungsänderung (Nr. 6) in dem Falle, daß die Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen und die Aenderung deshalb vom OVA angeordnet worden ist, oder daß eine Erhöhung der Beiträge über $4^1/_2$ % nur zur Deckung der Regelleistungen eintreten soll (§ 345 Abs. 3).

Zusammenwirken von Vorstand und Ausschuß Ein Zusammenwirken von Vorstand und Ausschuß dahin, daß übereinstimmende Beschlüsse nötig sind, ist bei der LKK durch das Gesetz regelmäßig nur in drei Fällen gefordert.

1. Bei der Aufstellung oder Abänderung der Dienstordnung wird eine doppelte Uebereinstimmung gefordert. Zunächst müssen die beiden Gruppen

1) Eine Erhöhung über 6 % ist bei LKK ausgeschlossen. Hier muß dann der Gemeindeverband eintreten (§ 390).

in Vorstand und Ausschuß einig sein und dann die Beschlüsse beider Organe übereinstimmen §§ 355 Abs. 2, 346 Abs. 2 Z. 1.

2. Der Zustimmung des Ausschusses bedürfen die Vorstandsbeschlüsse über Errichtung von Krankenhäusern und Genesungsheimen § 346 Abs. 2 Z. 2.

3. Bei Erwerb, Veräußerung und Belastung von Grundstücken wird die Kasse von beiden Organen vertreten § 346 Abs. 1. Wie die Organe vertreten sind, können sie durch ihren eigenen Beschluß regeln. Ein solches Geschäft über unbewegliche Sachen kann aber nicht ohne den Ausschuß durch den Vorstand allein erledigt werden. Geschieht es trotzdem, so haftet der Vorstand nicht nur gegenüber der Kasse, wie seither zum Teil angenommen worden ist, sondern das Rechtsgeschäft ist nichtig, da es der ausdrücklichen gesetzlichen Bestimmung zuwiderläuft.[1])

§ 9. Angestellte und Beamte.

Allgemeines

Das KVG hatte das Verhältnis der Angestellten zu den Krankenkassen fast gar nicht geregelt. Die gegenseitigen Rechte und Pflichten beruhten auf privatrechtlichen Verträgen. § 42 KVG enthielt nur einige Tatbestände, die die Aufsichtsbehörde zur Enthebung von Rechnungs- oder Kassenführern von ihrem Amte berechtigten. Der Grund jener nebensächlichen Behandlung bestand darin, daß man sich die Durchführung der Verwaltung ursprünglich mehr ehrenamtlich im Nebenamt dachte. Mit der Bildung großer Kassen war dies aber unmöglich. Zu ihrer Verwaltung benötigte man ständige, berufliche Beamte, die in dieser Beschäftigung einen Lebensberuf fanden. Mit dem Aufkommen eines größeren Beamtenapparates ist aber eine eingehende Regelung der Dienstverhältnisse erforderlich, wie es in der RVO geschehen ist. Neben diesem äußeren Grunde bestand aber auch noch ein tieferer, innerer Grund zu näheren gesetzlichen Bestimmungen. Durch die Vorherrschaft der Sozialdemokratie in manchen Krankenkassen waren besonders bei den Anstellungsverträgen Mißstände hervorgetreten. Auf der einen Seite wurde bisweilen bei Besetzung einer Stelle weniger auf sachliche Befähigung gesehen; die Anstellung erfolgte vielmehr als Versorgung für politisch hervorgetretene Personen. Gegen Entlassung waren sie durch den vertragsmäßigen Ausschluß von Entlassungsgründen in weitgehendstem Maße und in einer gegen die guten Sitten verstoßenden Weise geschützt, die eine gedeihliche Weiterentwicklung der Kassen gefährden mußte. Andererseits erfolgte die Verdrängung nicht genehmer, tüchtiger Angestellten ohne jeden Grund, um die dadurch freigewordene Stelle nach politischen Gesichtspunkten zu besetzen. Bei den LKK können ja diese Mißstände noch nicht vorliegen, aber es soll ihrem Eintritt vorgebeugt werden und deshalb gilt die in der RVO getroffene ausführliche Regelung der dienstlichen Verhältnisse der Kassenangestellten auch für sie.

Die RVO unterscheidet zwischen Beamten und Angestellten der Kasse.

1) vgl. Begr. S. 206

Beamte Unter Beamten sind die besoldeten Angestellten zu verstehen, die nach Landesrecht staatliche oder gemeindliche Beamte sind, was bei den LKK häufig der Fall sein wird. Ferner gehören dazu diejenigen Angestellten, die dauernd, d. h. auf Lebenszeit oder unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt nach § 359 Abs. 1 angestellt sind, (§ 351 Abs. 1), und denen die Landesregierung die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten übertragen hat (§ 359 Abs. 3). Von dieser Befugnis wird wohl in weitgehendem Maße Gebrauch gemacht werden.[1])

Anstellung Die Anstellung der Beamten erfolgt durch übereinstimmende Beschlüsse beider Gruppen im Vorstande. Kommt selbst bei zweimaliger Abstimmung an verschiedenen Tagen keine Einigung zustande, so genügt ein Beschluß bei einfacher Abstimmung von mehr als $^2/_3$ aller anwesenden Vorstandsmitglieder. Dieser Beschluß bedarf aber der Genehmigung des VA, die nur verweigert werden darf, wenn Tatsachen vorliegen, die darauf schließen lassen, daß dem Vorgeschlagenen die erforderliche Zuverlässigkeit, insbesondere für eine unparteiische Wahrnehmung seiner Dienstgeschäfte, oder die nötige Fähigkeit fehlt. Dagegen dürfen politische Rücksichten nicht bestimmend sein. Gegen eine Versagung der Bestätigung fällt auf Beschwerde des Vorstandes das OVA eine endgültige Entscheidung (§ 349). Wird keine Einigung nach § 349 erzielt, dann bestellt das VA auf Kosten der Kasse widerruflich die erforderlichen Personen, denen es nach dem Ablauf eines Jahres mit Genehmigung des OVA die Stelle endgültig übertragen kann, falls nicht inzwischen ein gültiger Anstellungsbeschluß zustande gekommen ist. Dabei wird das VA nach einem Erlaß des Reichskanzlers[2]) im Interesse einer friedlichen Durchführung der Kassenverwaltung eine bei dem Streite unbeteiligte Person wählen, die keiner der beiden Parteien angehört. Bei der LKK sind derartige Streitigkeiten infolge der Zusammensetzung der Organe nicht so sehr zu befürchten. Ferner darf bei der Besetzung der Stellen kein Vorrecht zu Gunsten der Militäranwärter durch Vorbehaltung einer gewissen Anzahl von Stellen vorgeschrieben werden (§ 359 Abs. 6). Für die Anstellungs- und Dienstverhältnisse der vorstehend erwähnten Beamten der LKK gelten in erster Linie die bundesstaatlichen Bestimmungen für die entsprechenden Staats- und Gemeindebeamten. Daneben kann aber auch die Dienstordnung ergänzende Vorschriften enthalten. Die geschäftsleitenden Beamten nehmen hinsichtlich ihrer Verantwortlichkeit dieselbe Stellung ein, wie die Mitglieder ihrer Organe. Sie haften für getreue Geschäftsverwaltung wie Vormünder und werden bei vorsätzlicher Benachteiligung der Kasse bestraft, (§§ 361, 535, 23). Wenn der Vorstand oder sein Vorsitzender, obgleich ein wichtiger Grund dazu vorliegt, gegen einen Beamten von seinem Kündigungs- oder Entlassungsrechte keinen Gebrauch macht, kann ihn das VA dazu anhalten (§ 359 Abs. 2).

1) Für Preußen sollen durch ein Regulativ der OVB oder der von ihr bezeichneten Behörde (§ 110) die Rechte und Pflichten dieser Beamten geregelt werden. Vor allem soll darin Leistung des Staatsdienereides gefordert, andererseits ihnen aber auch alle Ansprüche, die den Gemeinde- oder Staatsbeamten ähnlicher Art zustehen, gewährt werden.

2) Zentralbl. 12 S. 340.

Angestellte und Dienstordnung Angestellte sind alle übrigen von der Kasse Beschäftigten — auch die lebenslänglich angestellten —, die aus Mitteln der Kasse bezahlt werden. Die wichtigste Bestimmung in der gesetzlichen Festlegung der Angestelltenverhältnisse ist, daß für diese eine Dienstordnung zu erlassen ist, die aber für diejenigen, die nur auf Probe, zu vorübergehender Dienstleistung oder zur Vorbereitung beschäftigt werden oder das Amt nebenher ohne Entgelt ausüben, nur gilt, soweit sie es ausdrücklich vorsieht (§ 351). Die Dienstordnung wird vom Vorstand in getrennter Beschlußfassung der Arbeitgeber und Versicherten nach Anhören der volljährigen Angestellten aufgestellt. Die Festsetzung der Dienstordnung ist eine einseitige Verwaltungshandlung der Kasse, die aus ihrer Selbstverwaltungsmacht entspringt. Sie bedarf zunächst der Zustimmung des Ausschusses, — nicht auch der Angestellten —, der hierüber auch in getrennter Abstimmung beschließt (§ 355 Abs. 2). Ist bei einzelnen Bestimmungen keine Uebereinstimmung im Vorstand oder Ausschuß zu erzielen, so entscheidet das OVA. Dieses hat dann auch die vollständige Dienstordnung, sowie nachträgliche Aenderungen zu genehmigen und darf die Genehmigung nur versagen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, insbesondere, wenn Zahl oder Besoldung der Angestellten in auffälligem Mißverhältnisse zu ihren Aufgaben steht.

Bei Versagung der Genehmigung entscheidet auf Beschwerde die OVB (§ 355).

Das OVA ist zum zwangsweisen Erlaß oder zur Aenderung der Dienstordnung befugt, wenn die Kasse trotz Aufforderung sie nicht in der gesetzten Frist zur Genehmigung einreicht (§ 356).

Die Dienstordnung regelt die Rechts- und allgemeinen Dienstverhältnisse der Angestellten. Sie hat zunächst den gesetzlichen, notwendigen Inhalt der §§ 352, 353. Hierher gehören Bestimmungen über den Nachweis der fachlichen Befähigung, ihre Zahl, die Art der Anstellung, Kündigung oder Entlassung und die Festsetzung von Strafen. Ferner enthält die Dienstordnung einen Besoldungsplan, der auch bestimmt über die Fortzahlung des Gehalts bei unverschuldeter Arbeitsbehinderung, die Gewährung von Dienstalterszulagen, die Bedingungen für die Gewährung von Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge, sowie die Voraussetzung der Beförderung in höhere Stellen. Daneben kann sie noch erlaubte, vom Gesetz gestattete Bestimmungen enthalten, z. B. über die Dauer der Arbeitszeit, Ferienurlaub u. s. w. Die Vorschriften der Dienstordnung sind zwingenden Rechts. Sie haben einen öffentlich rechtlichen Charakter, denn sie sind mit der Genehmigung Bestandteil der inneren Verfassung der Kassen geworden. Sie können daher nicht durch den Anstellungsvertrag mit dem einzelnen Angestellten abgeändert werden. Entgegenstehende Bestimmungen des Anstellungsvertrags sind nichtig (§ 357 Abs. 3). Ebenso sind Beschlüsse des Vorstands oder Ausschusses, die gegen die Dienstordnung verstoßen, von dem Vorsitzenden des Vorstandes durch Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zu beanstanden. Die Beschwerde bewirkt Aufschub (§ 357 Abs. 1).

Die Wahl der Angestellten erfolgt nach §§ 349, 350 in gleicher Weise, wie sie oben bei den Beamten geschildert worden ist. Ihre Anstellung

erfolgt dann auf Grund der Dienstordnung durch einen schriftlichen Vertrag (§ 354 Abs. 1). Dieser Anstellungsvertrag, der wohl von der Dienstordnung zu unterscheiden ist, kommt durch den übereinstimmenden Willen der beiden Parteien zustande, aber sein Inhalt ist schon größtenteils durch die Dienstordnung fest geregelt und darf nicht abgeändert werden. Die Dienstordnung ist aber deshalb weder ein Vertragsentwurf noch ein Vertragsangebot, denn sie enthält nicht alle Punkte des Anstellungsvertrags, sondern nur die grundlegenden und kann deshalb nicht einseitig angenommen werden. Die Anstellungsverträge sind trotz des öffentlich-rechtlichen Charakters der Dienstordnung Verträge des bürgerlichen, nicht des öffentlichen Rechts.[1]) Deshalb gelten für sie neben der Dienstordnung und der RVO die Bestimmungen des BGB. Im Interesse einer regelmäßigen und zielbewußten Kassenführung kann es liegen, einen oder mehrere leitende Beamte dauernd anzustellen. Deshalb steht diese Befugnis dem Vorstand mit Genehmigung der OVA zu (§ 359 Abs. 1). Auf der andern Seite kann dies aber auch das OVA nach Anhören des Vorstandes bei KK, die mindestens 10 000 Mitglieder haben, anordnen. Gegen diese Anordnung steht dem Vorstand die Beschwerde an die OVB zu (§ 359). Die Angestellten unterliegen der Dienstordnung, solange ihnen nicht die Rechte und Pflichten von staatlichen oder gemeindlichen Beamten übertragen sind.

Die Kündigung oder Entlassung der durch Anstellungsvertrag Angestellten darf zwecks Vermeidung politischer Willkür nur auf übereinstimmenden Beschluß beider Gruppen des Vorstandes, und wenn ein solcher Beschluß nicht zustande kommt, auf Beschluß der Vorstandsmehrheit mit Zustimmung des Vorsitzenden des VA, erfolgen. Nach 10 jähriger Beschäftigung darf sie nur aus einem wichtigen Grunde stattfinden. Dabei gibt eine religiöse oder politische Betätigung außerhalb der Dienstgeschäfte und die Ausübung des Vereinigungsrechtes keinen Grund zur Kündigung oder Entlassung, solange sie nicht gegen die Gesetze verstößt. Die Dienststellung und die Dienstgeschäfte dürfen aber nicht zu einer religiösen oder politischen Betätigung mißbraucht werden. Geschieht dies trotz Verwarnung durch den Vorsitzenden zum wiederholten Male, so ist der betreffende Angestellte, nachdem ihm Gelegenheit zur Aeußerung gegeben war, durch den Vorsitzenden mit Genehmigung des Vorsitzenden des VA sofort zu entlassen (§ 354). Macht der Vorstand oder sein Vorsitzender, obgleich ein wichtiger Grund dafür vorliegt, gegen einen Angestellten von seinem Kündigungs- oder Entlassungsrechte keinen Gebrauch, so kann ihn das VA dazu anhalten. Ueber diese Anordnung entscheidet auf Beschwerde des Vorstandes die Beschlußkammer des OVA endgültig (§ 357 Abs. 2). Für Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnisse ist, soweit sie nicht vermögensrechtlicher Natur sind, der Beschlußausschuß des VA zuständig, gegen dessen Entscheidung das OVA auf Beschwerde endgültig entscheidet.

Das Verfahren ist durch die auf Grund des § 35 ergangenen Kaiserlichen Verordnungen vom 24. Dezember 1911 näher geregelt in der VAO §§ 63—72 und in der OVAO §§ 43 und 45.

---

1) Zentralbl. 11 S. 167.

Für vermögensrechtliche Streitigkeiten, soweit es sich nicht um Festsetzung von Geldstrafen handelt, bleibt die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte erhalten; ihr muß jedoch der disziplinare Instanzenzug der Versicherungsbehörden vorausgehen. Hierauf ist Klage binnen einer Notfrist von 1 Monat zu erheben. An die Entscheidungen der Versicherungsbehörden darüber, ob unter Einhaltung der Kündigungsfrist aus einem wichtigen Grunde gekündigt werden darf (§ 354 Abs. 2) sind die ordentlichen Gerichte gebunden (§ 358).

Verhältnis zu Aerzten und Apotheken.

Die Reformbestrebungen hatten eine eingehende Regelung des Verhältnisses zwischen den Krankenkassen und den Aerzten und Apotheken angestrebt. Infolge der großen Schwierigkeiten, die sich aus den entgegengesetzten Interessen ergaben, verblieb es aber im wesentlichen bei den geltenden Rechtszuständen. Danach bleibt es den einzelnen Kassen überlassen, sich mit den Aerzten zu verständigen und die freie oder beschränkte Aerztewahl einzuführen, oder Aerzte als Kassenärzte anzustellen. Die gegenseitigen Rechte und Pflichten werden durch schriftlichen Vertrag geregelt § 368. Mit den Apotheken kann der Kassenvorstand Vorzugsbedingungen für die Arzneimittel vereinbaren (§ 375).

Näher auf den schon seit langem und noch immer anhaltenden Kampf der Aerzte und Krankenkassen einzugehen, fällt außerhalb des Rahmens dieser Arbeit.

§ 10. Aufsicht.

Wesen und Grenzen des Aufsichtsrechts

Dem Selbstverwaltungsrecht der LKK steht wie bei allen öffentlichen Selbstverwaltungskörpern das Aufsichtsrecht des Staates gegenüber. Diese Staatsaufsicht ist aber nur auf die Beobachtung der für die Kasse geltenden Rechtsvorschriften gerichtet und beschränkt. „Denn es ist ein Grundsatz des modernen Rechtsstaats, den er auch gegenüber den ihm am nächsten stehenden Verbänden gelten läßt, daß er zwar die Rechtsgrenzen, welche für ihr Dürfen und Unterlassen gezogen sind, von sich aus aufrecht erhält, innerhalb derselben aber der selbständigen Willensentscheidung der Verbände, ihrer freiwilligen Selbstverwaltung freien Spielraum gewährt.“ [1]) Soweit daher für die Kassenverwaltung Zweckmäßigkeitsgründe maßgebend sind, stehen die KK vollständig selbständig da, sodaß das Handeln ihrer Organe und Angestellten lediglich von deren freiem, pflichtmäßigen Ermessen bestimmt wird. Ueberschreiten die KK dabei die durch staatliches (Gesetz) oder autonomes (Satzung, Dienst- und Krankenordnung) Recht gezogenen Grenzen des Selbstverwaltungsrechts, dann tritt die Aufsichtsgewalt in Wirksamkeit (§§ 30, 377 Abs. 1).

Das Aufsichtsrecht besteht aber regelmäßig nicht in einem positiven Tätigwerden — dieses ist nur in bestimmten Fällen vom Gesetz vorgesehen —

1) Rosin S. 703.

sondern in einer Ueberwachungsfunktion.[1]) Die Aufsichtsbehörde hat daher nur darauf zu achten, daß die Versicherungsträger alles tun, was nach den Gesetzesvorschriften zu ihren Pflichten gehört, aber auch alles unterlassen, was den Rechtsvorschriften widerspricht.[2]) Außer den Rechtsvorschriften unterstehen der Aufsicht auch die von der KK errichteten oder unterhaltenen Genesungsheime, Heil- und Pflegeanstalten. Zu ihren Besichtigungen soll die Aufsichtsbehörde Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten zuziehen (§ 34).

Mittel Zur Durchführung der Aufsichtsbefugnisse steht den Behörden ähnlich wie auf den anderen Gebieten der Selbstverwaltung ein dreifaches Mittel zu, nämlich Kontrolle, Zwang und Selbsteintritt.

1. Soweit es zur Ueberwachung der Befolgung der gesetzlichen und satzungsmäßigen Bestimmungen erforderlich ist, kann die Aufsichtsbehörde jederzeit die Geschäfts- und Rechnungsführung prüfen. Sie hat daher ein weitgehendes Recht, von den Mitgliedern der Organe, den Vertrauensmännern, den Beamten und Angestellten alle nötigen Auskünfte über die Kassenverwaltung zu verlangen, unter Vorlage aller unterstützenden Bücher, Belege, Urkunden u. s. w. (§ 31). Auf Verlangen der Aufsichtsbehörde müssen die Organe zu den durch Gesetz und Satzung vorgeschriebenen Sitzungen, sowie zur Erledigung irgend welchen Beratungsstoffes einberufen werden (§ 32). Ob ein Vertreter der Aufsichtsbehörde den Sitzungen der Kassenorgane beiwohnen kann und gehört werden muß, ist im Gesetz nicht gesagt und daher bestritten. Hoffmann[3]) glaubt, daß diese selbstverständliche Befugnis, wie sie in der Begründung zum JVG[4]) ausgesprochen ist, auch auf dem Gebiete der Krankenversicherung anzuerkennen sei. Dagegen schließt Mayer[5]) ein Recht auf Teilnahme an den regelmäßig berufen Sitzungen aus, da die gegenteilige Fassung des Entwurfs in § 29 Satz 2 vom Reichstag gestrichen wurde. Dieser Ansicht schließe ich mich an, da das Aufsichtsrecht nur auf Verhinderung gesetzwidriger Beschlüsse oder Maßnahmen gerichtet ist, so daß man der Aufsichtsbehörde kein Recht zugestehen darf, in die Verhandlungen einzugreifen, solange keine ungesetzlichen Beschlüsse gefaßt werden. Ein gewisses Aufsichtsrecht übt zudem in den Sitzungen bereits der Vorsitzende des Vorstandes aus, insofern er verpflichtet ist, Beschlüsse, die gegen Gesetz oder Satzung verstoßen, zu beanstanden.
2. Wird die Verwaltung der Kasse nicht unter Befolgung von Gesetz und Satzung geführt und auch nicht die Anordnung der Aufsichtsbehörde freiwillig befolgt, dann stehen dieser Zwangsmaßregeln zu. Sie kann von den Mitgliedern der Organe und den Angestellten die Vornahme der gebotenen und Unterlassung der verbotenen Handlung durch Verhängung von Geldstrafen bis zu Mk. 1000 erzwingen (§ 31 Abs. 3).

---

1) Stier-Somlo Komm § 30 Anm. 3.
2) Kaskel-Sitzler S. 58.
3) Hoffmann § 377 Anm. 5b.
4) Begr. z. JVG S. 307.
5) Mayer § 32 Anm. 2.

3. Neben dieser Erzwingung kann die Aufsichtsbehörde auch die nötigen Maßregeln selbst vornehmen, oder durch die von ihr bestellten Behörden und Personen auf Kosten der Kasse vornehmen lassen. So kann sie, wenn ihrer Anordnung keine Folge geleistet wird, die Sitzungen der Organe selbst anberaumen und die Verhandlungen leiten (§ 32). Sie kann die Verwaltung der Kasse ganz oder teilweise selbst wahrnehmen, solange sich der Vorstand, sein Vorsitzender oder der Ausschuß weigern, die ihnen obliegenden Geschäfte zu erledigen (§ 379 Abs. 2). Der Fall des § 379 Abs. 1 wird bei der LKK wohl nie vorkommen. Außer diesen allgemein angeführten Fällen finden sich im Gesetz noch eine Reihe solcher Befugnisse. Erwähnt seien hier nur: die Erlassung von autonomen Vorschriften (§§ 326, 347 Abs. 3, 356), Amtsentsetzung von Beamten und Angestellten (§§ 357 Abs. 3, 359 Abs. 5).

Der Aufsichtsbehörde steht aber auch ein Entscheidungsrecht zu, soweit es sich um innere Verfassungsangelegenheiten handelt. Die Rechte Dritter werden dadurch nicht berührt. Nach § 33 entscheidet sie, soweit das Gesetz nichts anderes vorschreibt, bei Streit über Rechte und Pflichten der Organe und ihre Mitglieder, über die Auslegung der Satzung und die Gültigkeit der Wahlen. Sinngemäß gilt diese Vorschrift auch für die Auslegung der Wahl-, Kranken- und Geschäftsordnung, nicht aber für die Dienstordnung, weil damit immer die Rechte Dritter — der Angestellten — berührt werden.[1])

Behörden. Die Aufsichtsbehörde der LKK ist das VA ihres Bezirks (§ 377 Abs. 1). Ueberschreitet der Bereich einer Kasse den Bezirk eines VA, so ist für sie das VA ihres Sitzes zuständig (§ 528). Nur wenn es sich darum handelt, im Bedarfsfalle die Gewährung der Krankenpflege und Krankenhauspflege durch weitere als die von der Kasse bestimmten Aerzte, Zahnärzte, Apotheken und Krankenhäuser anzuordnen (§§ 372—275), ist das OVA für die Anordnung zuständig. Das VA ist in diesen Fällen nicht noch kraft seines Aufsichtsrechts neben dem OVA zuständig.[2]) Beide Behörden treffen ihre Anordnungen durch den Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter allein ohne Zuziehung von Beisitzern. (§ 1781).

Rechtsmittel. Gegen die Anordnungen der Aufsichtsbehörden steht den Betroffenen ein Beschwerderecht zu. Die Beschwerdefrist beträgt einen Monat (§ 128). Die Einreichung der Beschwerde bei der Behörde, die über die Beschwerde zu entscheiden hat, bewirkt nur Aufschub, wenn diese den Vollzug der angefochtenen Entscheidung aussetzt (§§ 129, 130, 1794).

Gegen die Entscheidung des VA ist die Beschwerde an das OVA gegeben (§ 1792) und gegen dessen Entscheidung die weitere Beschwerde an das RVA bezw. LVA (§ 1797), sofern nicht das Gesetz ausdrücklich die Entscheidung des OVA als endgültig oder die OVB an Stelle des RVA für zuständig erklärt. Regelmäßig entscheiden diese Behörden ebenfalls ohne Zuziehung von Beisitzern § 1781. Wird jedoch die Beschwerde gegen eine Anordnung des VA darauf gestützt, daß die Anordnungen

1) Mayer § 33 Anm. 3.
2) Hoffmann Vorbem. S. 482.

rechtlich nicht begründet seien und den Beschwerdeführer in einem Rechte verletze oder mit einer rechtlich nicht begründeten Verbindlichkeit belaste (sog. Rechtsbeschwerde), so entscheidet darüber das OVA durch die Beschlußkammer und das RVA durch den Beschlußsenat (§ 377 Abs. 2).

Gegen die Anordnung des OVA in erster Instanz in den Fällen der §§ 372—375 steht der Kasse die Beschwerde an die OVB [1]) und nicht an das RVA zu § 373.

---

1) d. i. in Preußen: der Minister für Handel und Gewerbe.

III. Betätigung.

§ 11. Aufbringung der Mittel.

I. Verteilung, Höhe und Berechnung der Beitragslasten.

Allgemeines

Für die Aufbringung und Zahlung der Mittel gelten zunächst die für die regelmäßigen Verhältnisse getroffenen Bestimmungen der §§ 380—405, die hier nur auszugsweise erwähnt werden können. Daneben kommen eine Reihe Sondervorschriften für Landkrankenkassenpflichtige in Betracht.

Die Mittel zur Bestreitung der Kassenleistungen und der Kassenverwaltung werden von den beteiligten Arbeitgebern und Versicherten selbst aufgebracht, ohne daß irgend ein staatlicher Zuschuß gewährt wird. Dabei ist die RVO bei der alten Verteilung der Beitragslast geblieben, so daß die Arbeitgeber $^1/_3$ und die Versicherten $^2/_3$ der Beiträge zu tragen haben, während die Versicherungsberechtigten die Beiträge allein tragen müssen. Die Verteilung der Beitragslast kann durch vertragliche Abmachungen nicht zum Nachteil der Versicherten, wohl aber zu ihrem Vorteil geändert werden (§ 139).[1] Ein Eintrittsgeld wird nicht erhoben, auch nicht bei Versicherungsberechtigten. Als Ersatz kann aber die Satzung eine Wartezeit für den Bezug der Leistungen festsetzen. Die Beiträge werden prozentual von dem Grundlohn berechnet. Hierbei ist zu beachten, daß bei LKK die Satzung fast allgemein den Ortslohn als Grundlage einführen kann (§ 181), und sich danach die Beiträge richten. Macht die LKK von dieser Befugnis keinen Gebrauch, dann ist — wie immer in den Ausnahmefällen des § 181 Abs. 2 und 3 — der wirkliche Arbeitsverdienst der Berechnung zu Grunde zu legen. Ausnahmsweise kann die Satzung das Verbleiben in einer höheren Lohnklasse gestatten, wenn ein Versicherter nur vorübergehend, z. B. infolge einer wirtschaftlichen Krise, einen geringeren Lohn als seither bezieht (§ 382). Diese Höherversicherung ist jedoch nur zulässig, wenn und solang der Versicherte den Mehrbetrag des Beitrags selbst übernimmt. Der Kasse gegenüber bleibt aber auch in diesem Falle der Arbeitgeber zur Zahlung verpflichtet. Er ist nur berechtigt, dem Versicherten den vollen Mehrbetrag abzuziehen. Diese Höherversicherung ist jedoch nicht zulässig für die im Wandergewerbe Beschäftigten (§ 462).

Im allgemeinen sollen die Beiträge $4^1/_2$ vom Hundert nicht übersteigen und sie dürfen bei Eröffnung der Kasse nur dann höher festgesetzt werden, wenn es zur Deckung der Regelleistung erforderlich ist. Ebenso

---

1) Kaskel-Sitzler S. 149.

können nach Errichtung der Kasse die Beiträge aus demselben Grunde bis zu 6% erhöht werden, oder zu anderen Zwecken auf Grund übereinstimmenden Beschlusses beider Gruppen im Vorstand (§ 388). Eine Erhöhung über 6% ist bei der LKK ausgeschlossen, um nicht eine zu starke Belastung der landw. Kreise eintreten zu lassen. Kann daher die Kasse trotz dieser erhöhten Beitragsleistung ihre Regelleistung nicht gewähren, dann soll sie mit anderen LKK vereinigt werden. Wenn dieses unmöglich ist, muß der Gemeindeverband die nötigen Zuschüsse leisten. In diesem Falle steht dem Gemeindeverband das Recht zu, einem Vertreter das Amt des Kassenvorsitzenden zu übertragen (§ 390).

Besondere Festsetzung für einzelne Mitgliederklassen Von den für alle KK geltenden Bestimmungen (§§ 380—392) sei noch die Einführung von Gefahrenklassen, Zusatzbeiträgen und höheren Beiträgen für einzelne Versicherte erwähnt. Um einen Ausgleich herbeizuführen gegenüber den schlechten Risiken, die der Kasse durch manche gesundheitsgefährliche Betriebe zugeführt werden, kann die Satzung mit Zustimmung des OVA für solche Betriebe mit besonders erhöhter Krankheitsgefahr nach besonderen Gefahrenklassen erhöhte Beitragsteile der Arbeitgeber festsetzen. Gegen eine derartige Festsetzung steht dem Arbeitgeber die Beschwerde an das VA und die weitere Beschwerde an das OVA zu, dessen Entscheidung endgültig ist. (§ 384 Abs. 1 und 4). Die Beitragsteile der Versicherten dürfen im vorstehenden Falle nicht erhöht werden. Umgekehrt kann die Satzung zur erleichterten Durchführung der allgemein wünschenswerten Familienhülfe für ihre Kassenmitglieder Zusatzbeiträge festsetzen (§ 384 Abs. 2). Schließlich kann die Satzung für stärkere Inanspruchnahme der Kasse durch solche Mitglieder, für welche Sonn- und Feiertage Arbeitstage sind, (z. B. Kellner, Dienstboten) erhöhte Beiträge festsetzen, wenn sie nicht allgemein das Krankengeld auch an diesen Tagen gewährt (§ 384 Abs. 3).

Ermäßigung oder Wegfall der Beiträge Eine Ermäßigung der Beiträge kann durch eine Satzungsänderung herbeigeführt werden, wenn die Einnahmen die Ausgaben übersteigen und die Rücklage bereits das Doppelte ihres gesetzlichen Mindestbetrags — das sind nach § 364 zwei Drittteile der gesamten Kassenausgaben in den letzten drei Jahren — erreicht hat (§ 392). Im Interesse des weiteren Ausbaues der Krankenhülfe wird es jedoch liegen, diesen Weg nicht zu beschreiten, sondern die andere Möglichkeit einer Erhöhung der Kassenleistungen zu wählen. Ferner muß eine Ermäßigung der Beiträge für bestimmte Gruppen von Kassenmitgliedern eintreten, wenn diesen die Satzung mit Zustimmung des OVA allgemein geringere Leistungen zubilligt, als anderen Gruppen von Versicherten. Dies kann bei den LKK ziemlich häufig eintreten. Zunächst kann jede Kasse für ihre freiwillig Versicherten geringere Leistungen und dementsprechend eine Ermäßigung der Beiträge festsetzen (§ 215); und ebenso bei Lehrlingen, die ohne Entgelt beschäftigt werden und deshalb kein Krankengeld erhalten (§ 494). Für die LKK speziell kommt die Ermäßigung der Beiträge besonders bei landwirtschaftlich Beschäftigten in den Fällen der §§ 420, 421,

423—425, 432 in Betracht. Bei Dienstboten findet die Ermäßigung statt, wenn ihnen bei Erkrankung nur die erweiterte Krankenpflege zusteht (§§ 435, 432). Für unständig Beschäftigte gelten einige Besonderheiten bei der Beitragsberechnung. Zunächst müssen mit Rücksicht darauf, daß ihr wirklicher Arbeitsverdienst fortwährend schwankt — infolge ihres häufigen Arbeitswechsels und ihrer öfteren Beschäftigungslosigkeit —, die Beiträge nach dem Ortslohn festgesetzt werden.[1]) Die verschiedenartigen Verdienstverhältnisse kann jedoch die Satzung berücksichtigen, indem sie einerseits für solche Versicherte, die recht hohe Löhne erhalten, wie z. B. die Hafenarbeiter, die Beiträge durch Zuschläge erhöht, andererseits aber bei solchen unständig Beschäftigten, die nur wenig arbeitsfähig sind, z. B. Rentenempfänger, Gebrechliche, durch Herabsetzung des Grundlohnes unter den Ortslohn die Beiträge ermäßigt (§ 452).[2]) Bei besonders schlechter wirtschaftlicher Lage oder aus anderen örtlichen Gründen können die unständig Beschäftigten mit Zustimmung des Gemeindeverbandes und des OVA sogar von jeder Beitragszahlung befreit werden (§ 455, Abs. 1). Als Ausgleich dient dann der Wegfall des Krankengeldes und eine Kürzung des Sterbegeldes. Inwieweit Beschlüsse dieser Art (§ 455) noch einer Genehmigung bedürfen, kann die Landesregierung bestimmen. Eine weitere Berücksichtigung örtlicher Verhältnisse ist noch durch § 458 ermöglicht. Dieser gestattet der Landesregierung das Beitragswesen in anderer Weise zu regeln, besonders die Versicherung nach den allgemeinen Vorschriften, oder soweit landwirtschaftlich Beschäftigte in Frage kommen, nach den hierfür geltenden Bestimmungen, sofern eine ordnungsmäßige Durchführung und ein richtiger Eingang der Beiträge gewährleistet ist.

Bei den im Wandergewerbe Beschäftigten ist eine Herabsetzung der Beiträge durch die Satzung zugelassen, wenn die Kasse ihren anderen Mitgliedern mehr als die Regelleistung gewährt (§ 462). Die Ermäßigung muß nicht eintreten, im Gegensatz zu den andern Fällen, mit Rücksicht darauf, daß durch sie erhöhte Verwaltungskosten verursacht werden, die dann durch die beschränkten Leistungen einen Ausgleich finden.

Für Hausgewerbtreibende muß der Beitrag herabgesetzt werden, wenn ihnen die Satzung nur Krankenhauspflege gewährt (§§ 487, 432). Die Beitragsleistung für die Hausgewerbetreibenden hat infolge der besonders schwierigen Verhältnisse eine eingehende abweichende Regelung erfahren, die weiter unten zusammenhängend behandelt werden soll.

Beginn und Ende der Beitragspflicht Die Beitragspflicht beginnt mit der Mitgliedschaft eines Versicherten. Sie endet aber nicht mit dem Ende der tatsächlichen Beschäftigung, sondern erst mit der Abmeldung (§ 397, Abs. 1). Hat daher der Arbeitgeber die Abmeldung versäumt, so muß er die Beiträge auf seine Kosten weiterzahlen. Aus der Natur dieser Vorschrift, als einer Ordnungsvorschrift folgt, daß die Pflicht des Arbeitgebers nicht dadurch berührt wird, daß der Versicherte inzwischen gestorben ist, oder daß infolge

1) Begr. S. 235.
2) von Frankenberg § 450 Anm. 5.

des Ueberganges des Versicherten in ein anderes versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis, gleichzeitig ein anderer Arbeitgeber zur Beitragseinzahlung für ihn verpflichtet ist.[1]) Auch bei rechtzeitiger Abmeldung sind die Beiträge bis zum Tage der Abmeldung und nicht bis zum Tage des Ausscheidens zu zahlen.[2]) Keine Beiträge sind zu zahlen während der Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe und während des Bezuges des Wochen- oder Schwangerngeldes (§ 383).

II. Zahlung der Beiträge.

Allgemeine Regelung Die Beiträge für Versicherungspflichtige sind in ihrem vollen Betrage von dem Arbeitgeber an den satzungsmäßigen Zahltagen einzuzahlen (§ 393). Sind zu gleicher Zeit mehrere Arbeitgeber vorhanden, so haften sie als Gesamtschuldner (§ 396 Abs. 1). Freiwillig Versicherte haben immer ihre vollen Beiträge selbst einzuzahlen.

Die Arbeitgeber dürfen die Beitragsteile der Versicherten nur vom Barlohn bei der nächsten oder übernächsten Lohnzahlung wieder einziehen. Besteht der Entgelt nur aus Sachbezügen oder wird er von Dritten gewährt, dann kann die OVB die Art der Rückerstattung bestimmen (§ 394). Bei einem Streit über Berechnuug und Anrechnung der Beitragsteile entscheidet der Beschlußausschuß des VA endgültig (§ 405 Abs. 1).

Zum Schutze der Versicherten bestehen Strafbestimmungen für den Fall, daß der Arbeitgeber höhere Abzüge macht oder die einbehaltenen oder erhaltenen Beitragsteile nicht abliefert (§§ 532, 533).

Die rückständigen Beiträge werden nach § 28 wie Gemeindeabgaben beigetrieben und haben das Vorzugsrecht des § 61 Nr. 1 KO. Der Anspruch auf die Rückstände verjährt, soweit sie nicht absichtlich hinterzogen worden sind, in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres der Fälligkeit. Der Anspruch auf Rückerstattung von Beiträgen verjährt in sechs Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entrichtet worden sind (§ 29). Bei Streitigkeiten zwischen der Kasse und einem Arbeitgeber oder einem Versicherten oder bisher Versicherten oder einem zu Versichernden über die Beitragspflicht entscheidet der Beschlußausschuß des VA und auf Beschwerde das OVA endgültig (§ 405 Abs. 2).

Abweichende Regelung Diese allgemein geltenden Bestimmungen über die Beitragszahlung sind aber nur auf einen Teil der LKK-Pflichtigen anzuwenden. Abweichend ist die Beitragszahlung geregelt für die unständig Beschäftigten, die Wandergewerbetreibenden und die Hansgewerbetreibenden.

a) **Unständig Beschäftigte** Bei den unständig Beschäftigten ist es außerordentlich schwer die einzelnen beständig wechselnden Arbeitgeber in billiger Weise und ohne unverhältnismäßige Umstände heranzuziehen. Deshalb hat man die Arbeitgeber ganz von der Beitragspflicht befreit und

1) Monatsbl. Arb. Vers. 12 S. 98.
2) von Frankenberg § 397 Anm. 2.

ihre Beitragsteile dem Gemeindeverband auferlegt, da man die Allgemeinheit gewissermaßen als den Arbeitgeber der unständig Beschäftigten ansieht.[1]) Der Gemeindeverband hat am Schlusse eines jeden Vierteljahres den Gesamtbeitrag auf Grund einer eingereichten Rechnung an die Krankenkasse zu zahlen (§ 453). Dem Verband bleibt es dann überlassen, diesen Betrag entweder auf alle Einwohner des Kassenbezirkes oder nur auf die hier in Betracht kommenden Arbeitgeber solcher unständig Beschäftigten, die zur LKK gehören, umzulegen. Dabei soll er die stärker Beteiligten in höherem Maße heranziehen (§ 454). Dieses Umlageverfahren wird sich aber meistens wegen der niederen Beiträge, um die es sich hier handelt, und die große Arbeit der Berechnungen nicht lohnen. Wie weit die Beschlüsse des Verbandes der Genehmigung bedürfen, und welche Rechtsmittel gegen die Höhe der Umlage zulässig sind, soll die Landesregierung bestimmen (§ 456). Von einer festen reichsrechtlichen Regelung hat man hier abgesehen, da die Versicherung der unständig Beschäftigten als ein Versuch angesehen wird, der erst die nötige Erfahrung bringen soll.

Da bei den unständig Beschäftigten keine Arbeitgeber vorhanden sind, denen man die Zahlung der Beitragsteile der Versicherten auferlegen kann, so ist es den unständig Beschäftigten zur Pflicht gemacht, ihren Beitragsteil in Höhe von $^2/_3$ des Ortslohnes selbst der Kasse einzuzahlen (§ 450, Abs. 4).

Zwecks Prüfung der finanziellen Tragweite der Versicherung der unständig Beschäftigten und zu statistischem Zwecke ist für die gezahlten Beiträge und gemachten Leistungen getrennte Buchung vorgesehen.[2]) Das Ergebnis soll bei der Bemessung der Beiträge durch die Satzung berücksichtigt werden, um eine Benachteiligung sowohl der Kasse als auch der Versicherten zu vermeiden.

b) **Wandergewerblich Beschäftigte** Für die im Wandergewerbe Beschäftigten hat der Arbeitgeber oder dessen Stellvertreter (§ 464) die Beiträge im Voraus zu entrichten, da infolge des häufigen Aufenthaltswechsels der ordnungsmäßige Eingang nicht gesichert werden kann.[3]) Die Beiträge sind regelmäßig für die Dauer des Wandergewerbescheines im voraus zu entrichten; jedoch kann der Kassenvorstand, um Härten zu vermeiden, eine kürzere Frist festsetzen, wenn der Eingang genügend sicher zu sein scheint (§ 460, Abs. 1). Zur Sicherheit der Kasse darf der Wandergewerbeschein nur erteilt werden, wenn der Polizeibehörde die Bescheinigung nach § 461, Abs. 1 über die Zahlung oder Stundung der Beiträge vorgelegt wird. In dem Wandergewerbeschein ist der Grundlohn und der Wochenbeitrag anzugeben, um bei nachträglicher Vermehrung des Personals die nach § 459, Abs. 2 für die Erteilung der Erlaubnis zuständige Behörde in den Stand zu setzen, die Beiträge zu berechnen und einzuziehen. Sie übermittelt dann diese Beiträge der zuständigen LKK. Die Erlaubnis zur

1) Allgem. Begr. S. 94.
2) Begr. S. 235, 155.
3) Allgem. Begr. S. 95.

Mitführung weiterer Personen darf nur erteilt werden, wenn die Beiträge entrichtet sind. (§ 461, Abs. 4).

Wird der Schein oder die Erlaubnis zurückgenommen oder der Betrieb eingestellt, so erstattet der Vorstand auf Antrag die zu viel gezahlten Beiträge zurück; ebenso für volle Kalenderwochen, in denen nachweislich der Arbeitgeber die Personen nicht mit sich geführt hat (§ 460, Abs. 2). Dieses Rückforderungsrecht ergibt sich aus dem Gesichtspunkt der ungerechtfertigten Bereicherung. Es steht dem Wandergewerbetreibenden als Zahlungspflichtigen zu. Entsteht Streit über den Anspruch, so wird er nach § 405 Abs. 2 entschieden.

Der Arbeitgeber kann den Versicherten die von ihm für diese mitgezahlten Beitragsanteile vom Lohne abziehen, für Zeiten, die längstens einen Monat zurückliegen, ohne Rücksicht auf die Lohnzahlungsperioden. Entsteht Streit über diese Abzüge, so ist im Interesse einer schnellen und einfachen Erledigung das VA des Aufenthaltsortes zuständig (§ 463).

c) Hausgewerblich Versicherungspflichtige

Die Aufbringung der Mittel bei den hausgewerblich Versicherungspflichtigen hat, wie bereits oben erwähnt, wegen der großen Schwierigkeiten eine von den allgemeinen Bestimmungen vollständig abweichende Regelung erfahren. Seither war ja gerade an der Beitragsleistung der Auftraggeber die Durchführung der Versicherung dieser Gruppe gescheitert. Die Lösung, die die RVO gefunden hat, kann man als sehr glücklich getroffen bezeichnen. Die Mittel werden hier auch von beiden Gruppen — den Auftraggebern und den Arbeitnehmern — aufgebracht. Die Auftraggeber, das sind diejenigen, für deren Auftrag und Rechnung hausgewerblich gearbeitet wird, tragen aber nicht einen Anteil des festgesetzten Beitrages, sondern leisten unabhängig davon Zuschüsse an die Kasse. Die Hausgewerbtr. zahlen für sich und ihre hausgewerbl. Beschäftigten Beiträge, die nach dem Ortslohn berechnet werden. Zuschüsse und Beiträge sollen zusammen die Gesamtkosten der Krankenversicherung der hausgewerbl. Versicherungspflichtigen decken, aber nicht so verteilt werden, daß die Versicherten $^2/_3$ der Kosten aufzubringen haben, sondern unter Berücksichtigung ihrer besonders ungünstigen wirtschaftlichen Lage nur die Hälfte. Dies ist also der einzige Punkt, in dem die vom Entwurf vorgeschlagene Halbierung beibehalten worden ist. Zuschüsse und Beiträge werden aber vollständig unabhängig von einander festgestellt und bezahlt, da sich ein gleichmäßiger Arbeitsverdienst infolge der rechtlichen Selbstständigkeit der Hausgewerbtr. und der verschiedenartigen Lohnzahlungs- und Abrechnungsverhältnisse der Berechnung nicht zu Grunde legen läßt. Die Zuschüsse werden nur nach dem Entgelt berechnet, den die Auftraggeber den Hausgewerbtr. für die gelieferte Arbeit zahlen. Dabei kann bei Berechnung des Entgelts der Wert der Roh- und Hilfsstoffe, die der Hausgewerbtr. beschafft, außer Ansatz bleiben (§ 470). Um eine gleichmäßige Belastung aller Industriezweige für das ganze Reich herbeizuführen und damit die gegenseitige Konkurrenzfähigkeit zu wahren, werden die Zuschüsse einheitlich für alle Gewerbzweige und das ganze Reichsgebiet berechnet. Die Bemessung erfolgt in der Weise,

daß jährlich ihre Gesamtsumme die Hälfte ihrer Gesamtlast deckt, die den LKK erwachsen würde, wenn sie die Regelleistungen nach dem Ortslohn gewährten und ihnen alle hausgewerbl. Versicherungspflichtigen angehörten. (§ 471).

Berechnung und Zahlung der Zuschüsse Die Zuschüsse sind zunächst bis zum 31. Dezember 1914 auf zwei vom Hundert des Entgelts festgesetzt. Für die Zukunft soll sie der Bundesrat nach Anhören der Rechnungstelle des RVA immer auf vier Jahre festsetzen, wobei ihm aber für die ersten 10 Jahre eine größere Freiheit gelassen ist (§ 472). Die Höhe der für den Einzelnen Versicherten gezahlten Zuschüsse ist von Bedeutung für die Berechnung des Krankengeldes (§ 482, Abs. 2). Im Interesse einer möglichst geringen Belästigung der Auftraggeber bestimmt § 473, daß der Auftraggeber nur bei der LKK seines Betriebssitzes oder wenn keine LKK errichtet ist, bei der AOKK, nicht aber bei den Kassen, denen seine hausgewerbl. Beschäftigten angehören, in der ersten Woche jeden Monats eine Liste der im abgelaufenen Monat beschäftigen Hausgewerbtr. einzureichen hat. Tut er dies nicht, dann trifft ihn die Strafe des § 530. Die Liste hat nur die Namen und eigene Betriebssitze dieser Personen sowie den Betrag des Entgeltes anzugeben, unter Umständen unter Abzug des Wertes der von diesen selbst gestellten Hilfs- und Rohstoffe (§ 474). Der Wert dieser Stoffe kann auf Antrag oder allgemein vom VA festgesetzt werden. Auf Beschwerde entscheidet das OVA entgültig (§ 475). Die Kasse berechnet selbst die zu entrichtenden Zuschüsse, die ihr beim Einreichen der Listen zu zahlen sind. Die Listen der nicht bei ihr selbst versicherten Hausgewerbtr. hat diese Kasse — bei Zweifeln durch Vermittelung des VA, zu dem die Betriebsstätte des Hausgewerbtr. gehört — denjenigen Kassen mitzuteilen, deren Mitglieder sie sind. Die Auftraggeberzuschüsse werden von der Kasse bis zur gegenseitigen Verrechnung verwahrt (§§ 476, 477).

Verrechnung der Zuschüsse Die zuständige Kasse hat dem Hausgewerbtr. die nach den Listen für ihn gezahlten Zuschüsse gutzuschreiben (§ 478, Abs. 1). Ist diese Gutschrift aus irgend welchen Gründen unmöglich, z. B. da die Zuschüsse für einen Nichtversicherten gezahlt sind, so werden sie zur Deckung von Ausfällen bei der Versicherung der hausgewerbl. Versicherungspflichtigen verwendet. Sind die Ueberschüsse nach den letzten drei Jahren erheblich, dann dienen sie entweder zur Ermäßigung der Beiträge — nicht der Zuschüsse — oder zur Erhöhung der Leistungen (§ 478, Abs. 2 und 3).

Bei Streitigkeiten über die Zuschußberechnung und -zahlung gilt § 405 entsprechend. Dagegen werden Streitigkeiten der Kassen untereinander wegen der Verrechnung durch die ordentlichen Gerichte entschieden. Auch die Vorschriften der §§ 137—140 gelten für die Auftraggeber entsprechend (§ 479).

Berechnung und Zahlung der Beiträge Die Beiträge, die der Hausgewerbtr. für sich und seine hausgewerbl. Beschäftigten zu zahlen hat, werden durch die Satzung besonders von den Beiträgen der übrigen Mitglieder

festgesetzt. Da sie keinen gleichmäßigen Arbeitsverdienst haben, ihr Verdienst aber regelmäßig sehr gering ist, so muß der Berechnung der Ortslohn zu Grunde gelegt werden (§ 480). Solange sich die Höhe der Zuschüsse nicht annähernd feststellen läßt, sind die Beiträge so zu bemessen, daß sie die Hälfte der Last decken, die der Kasse bei Gewährung der Regelleistungen an die hausgewerbl. Mitglieder erwachsen würde (§ 481, Abs. 2). Für diese Beiträge gelten die allgemeinen Vorschriften über die Beiträge entsprechend (§ 481 Abs. 3). Der Hausgewerbtr. hat somit einmal den ganzen Beitrag für sich zu zahlen und selbst zu tragen. Dann trifft ihn gegenüber seinen hausgewerbl. Beschäftigten die Pflicht eines Arbeitgebers. Er muß also diese Beiträge einzahlen, hat aber nur $^1/_3$ selbst zu tragen, während er $^2/_3$ bei der Lohnzahlung einziehen kann. Der Hausgewerbtr. wird in gewissem Grade zur pünktlichen Zahlung der Beiträge angehalten, da andernfalls eine Kürzung oder Einbehaltung der Baarleistung eintreten kann (§§ 483, 484).

Eine abweichende Beitragszahlung der Hausgewerbtr. ist da gestattet, wo es durchführbar und erwünscht ist, um eine der allgemeinen Krankenversicherung entsprechendere Gestaltung herbeizuführen. Um ihnen und ihren hausgewerbl. Beschäftigten einen Anspruch auf die vollen Leistungen, welche die Satzung für hausgewerbl. Versicherte vorschreibt, unabhängig von den schwankenden Eingängen der Zuschüsse zu gewähren,[1]) muß ihnen die Kasse auf ihren Antrag gestatten, die Beiträge in doppeltem Betrage einzuzahlen. Hierdurch wird der Beitragsteil ihrer hausgewerbl. Beschäftigten nicht geändert, denn die Zuschüsse der Auftraggeber werden ihnen auch nicht direkt zugerechnet, sondern kommen ihnen nur indirekt zu, da ihr Arbeitsverdienst in dem Entgelt enthalten ist, auf Grund dessen die Zuschüsse berechnet werden und daher in diesen Zuschüssen auch ihr Anteil steckt. Die Satzung der LKK kann die näheren Voraussetzungen für die Stellung und Zurücknahme des Antrages bestimmen, darf das Recht jedoch nicht ganz ausschließen (§ 485, Abs. 1). Die Zuschüsse der Auftraggeber werden in diesem Falle dem Hausgewerbtr. ausgezahlt oder verrechnet (§ 481, Abs. 2).

Das Gleiche gilt, wenn die Hausgewerbtr. infolge einer anderen nicht hausgewerbl. Tätigkeit versicherungspflichtige Mitglieder einer Kasse sind, da sonst die Kasse nur einmal zu leisten hat, aber außer den vollen Beiträgen noch die Zuschüsse erhielte, um diese also ohne Gegenleistung bereichert wäre (§ 485, Abs. 3).

Ferner sind die Zuschüsse denjenigen Hausgewerbtr. herauszuzahlen, die bereits vor der RVO einer statutarischen Versicherung unterlagen, wenn diese weiter genehmigt wird (§ 488, Abs. 4).

Auf umgekehrtem Wege gewährt § 486 eine Annäherung an die allgemeinen Regeln. Hiernach kann der Auftraggeber mit Zustimmung der Hausgewerbtr. auch ihre Beiträge einzahlen, wenn diese dauernd oder wenigstens für längere Zeit nur für ihn tätig sind. In diesem Falle trifft ihn dieselbe Zahlungspflicht wie einen anderen Arbeitgeber. Er darf aber

1) Begr. S. 243.

dann nicht einfach den doppelten Beitrag entrichten, sondern muß seinen besonders berechneten Zuschuß zahlen. Den Beitrag kann er dann von dem Hausgewerbtr. bei der Zahlung des Entgeltes einziehen. In dem Verhältnis zu dem Hülfspersonal wird auch in diesem Falle nichts geändert.[1])

Die hausgewerbl. Versicherungspflichtigen — also die Hausgewerbtr. selbst und ihre Beschäftigten — können von jeder Beitragspflicht befreit werden, wenn sie infolge ihrer bedrängten wirtschaftlichen Lage außerstande sind, die Beiträge zu tragen (§§ 489, 490). Die Befreiung kann entweder durch Statut des Gemeindeverbandes erfolgen oder durch Anordnung der Landesregierung. Im ersten Falle muß der Gemeindeverband die Kosten selbst übernehmen, soweit die Zuschüsse der Auftraggeber sie nicht decken. Das Statut bedarf der Zustimmung der Beschlußkammer des OVA. Im zweiten Falle ordnet die Landesregierung die Uebernahme der Kosten durch den Gemeindeverband sofort an. In keinem Falle findet aber ein Umlageverfahren wie bei den unständig Beschäftigten nach § 454 statt. Die Leistungen werden dann regelmäßig auf die Krankenpflege ohne Krankengeld und ein Sterbegeld von höchstens Mk. 30.— beschränkt (§ 452). Im Falle des § 489 muß dies jedoch nicht geschehen, und die Anordnung der verminderten Leistungen bedarf der Genehmigung der OVB. Dagegen wird in § 490 schon vom Gesetz die Beschränkung der Leistungen festgesetzt und bedarf daher keiner Genehmigung mehr. In beiden Fällen ist natürlich ein Antrag auf Gestattung der doppelten Beitragszahlung (§ 485, Abs. 1 und 2) ausgeschlossen.

III. Verwaltung der Mittel.

Da der Vorstand die Kasse zu verwalten hat, so liegt ihm auch die Verwaltung ihres Vermögens ob. Die Art der Verwaltung ergibt sich aus den §§ 25—29. Dabei ist zu beachten, daß für Versicherte, deren Grundlohn abweichend vom regelmäßigen Grundlohn der Kasse bestimmt ist, — und das kann bei fast allen Gruppen der LKK Pflichtigen durch die Satzung geschehen — die Beiträge und Leistungen besonders zu buchen sind. Die OVB kann etwas anderes bestimmen (§ 181, Abs. 4). Für die unständig Beschäftigten schreibt dies § 450, Abs. 3 noch einmal besonders vor. Die Art und Weise der Rechnungsführung bestimmt der Bundesrat (§ 366). Die Rechnungsabschlüsse sowie die Nachweisungen sind dem VA einzureichen (§ 367).

Die Mittel der Kasse dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Zwecke verwendet werden (§ 25). Als solche bestimmt § 363:

1. Gewährung der satzungsmäßigen Leistungen.
2. Füllung der Rücklage, die mindestens die Höhe der Jahresausgabe nach dem Durchschnitte der letzten drei Jahre erreichen muß, und nicht das Doppelte dieses gesetzlichen Mindestbetrages übersteigen darf (§§ 364, 392).
3. Deckung der Verwaltungskosten.

1) Begr. S. 243.

4. Allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung. Aus dem Aufgabenkreis ausgeschlossen bleiben aber vorbeugende Maßnahmen, die nur die mögliche Entstehung künftiger Krankheiten eines einzelnen Mitgliedes zu verhindern bestimmt sind.[1])

Das Vermögen, das nicht zur laufenden Kassenverwaltung nötig ist, muß verzinslich und mündelsicher angelegt werden (§ 26). Wertpapiere hat dabei regelmäßig der Gemeindeverband in Verwahrung zu nehmen (§ 365).

§ 12. Leistungen.

Auf die Leistungen der LKK, ihre Voraussetzungen, Beginn, Dauer und Beendigung, sowie ihre rechtliche Natur finden die für alle Krankenkassen geltenden Bestimmungen Anwendung. Soweit diese auch für die LKK in Betracht kommen, hier zu behandeln, ist unmöglich, da ihr Gebiet zu groß ist, eine gründliche Behandlung daher zu weit führen würde. Es sollen deshalb nur die Besonderheiten der LKK und der ihr zugeteilten besonderen Berufsklassen geschildert werden.

Regelleistungen Die Leistungen der LKK zerfallen ebenfalls in Regelleistungen und Mehrleistungen. Die LKK kann nach dem Gesetz alle Regelleistungen (Krankenpflege, Krankengeld, Wochengeld und Sterbegeld) gewähren und in der freiwilligen Ausdehnung soweit gehen wie die OKK. Um die Leistungsfähigkeit der LKK und diejenige der beitragspflichtigen Arbeitgeber und Versicherten nicht zu sehr zu gefährden, sind trotz des lebhaften Widerspruchs in den Kommissions- und Reichstagsverhandlungen die gesetzlichen Mindestleistungen — besonders die Barleistungen — für die LKK im Verhältnis zur OKK bedeutend niedriger festgesetzt worden. Die Satzungen werden von den ihnen eingeräumten Befugnissen voraussichtlich ausgiebigen Gebrauch machen, da die LKK, wie bereits früher erwähnt, infolge der ungünstigen Zusammensetzung ihres Mitgliederkreises sehr in Anspruch genommen werden und daher ihre Leistungsfähigkeit ziemlich schwach sein wird.

Die Regelleistungen der LKK bestehen im allgemeinen ebenfalls aus Krankenhilfe, Wochengeld und Sterbegeld. Die Sachleistungen werden regelmäßig allen Mitgliedern gleichmäßig gewährt, soweit nicht die erweiterte Krankenpflege eingeführt oder vorgeschrieben ist. Dagegen können die Geldleistungen (Krankengeld evtl. Hausgeld, Taschengeld bei Krankenhauspflege, Wochengeld, Schwangerngeld, Stillgeld und Sterbegeld), die den entgangenen Arbeitsverdienst ersetzen sollen, durch die Satzung für die einzelnen Mitglieder sehr verschieden und teilweise sehr niedrig bemessen werden. Wie bereits mehrfach erwähnt, kann die Satzung ihren Berechnungen allgemein den Ortslohn, d. i. der ortsübliche Tagelohn gewöhnlicher ungelernter Tagarbeiter zu Grunde legen (§ 181 Abs. 1).

---

1) Begr. S. 211.

Die Festsetzung des Ortslohnes erfolgt durch das OVA einheitlich für den Bezirk eines VA. Vor der Festsetzung sollen die beteiligten Versicherungsanstalten gehört werden, sowie das VA als Aufsichtsbehörde, weil es namentlich durch seine regelmäßigen Beziehungen zu der unteren Verwaltungsbehörde mit den einschlägigen wirtschaftlichen Verhältnissen besonders vertraut ist. Der Ortslohn wird getrennt für das Geschlecht und die verschiedene Altersstufen erstmals für die Dauer bis zum 31. Dezember 1914, dann immer auf 4 Jahre festgesetzt.[1])

Dieser Ortslohn bleibt häufig hinter dem wahren Verdienst der Betroffenen zurück, sodaß ihnen infolgedessen nur ein geringer Ersatz bei Arbeitsunfähigkeit zukommt. Daher ist diese Berechnung unzulässig für Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, sowie für Facharbeiter und für solche Versicherte, die nach der Art ihrer Beschäftigung einer OKK anzugehören hätten, aber mangels Errichtung einer solchen Mitglieder der LKK sind. Für diese ist der wirkliche Arbeitsverdienst nach § 180 zugrunde zu legen. (§ 181 Abs. 2). Die Leistungen an die unständig und hausgewerblich Beschäftigten müssen jedoch nach dem Ortslohn berechnet werden wegen der schwierigen oder gar unmöglichen Feststellung ihres Arbeitsverdienstes. Eine besondere Festsetzung der Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes ist für die hausgewerblich Versicherten angeordnet. Da bei ihnen die Barleistungen aus den Zuschüssen der Auftraggeber bestritten werden sollen, so richtet sich die Höhe der durch die Satzung für sie festgelegten Leistungen, sofern die Hausgewerbtreibenden nicht selbst die Beiträge in doppeltem Betrage einzahlen, nach dem Betrage der gutgeschriebenen Auftraggeberzuschüsse. Dabei verhalten sich die Barleistungen,[2]) wenn die Satzung nichts anderes bestimmt, zu den gesetzlichen Barleistungen, wie der Betrag der im letzten Geschäftsjahre dem Hausgewerbtreibenden gutgeschriebenen Zuschüsse zu dem aller Beiträge, die der Hausgewerbtreibende für diese Zeit bezahlt hat.[3]) Bestand jedoch die Versicherung erst kürzere Zeit, so werden nur die Beiträge dieser Zeit der Berechnung zugrunde gelegt. In beiden Fällen werden aber keine höheren als die satzungsmäßigen Leistungen gewährt (§§ 482, 484 Abs. 1). Die entsprechende Abstufung kann die Satzung mit Zustimmung des OVA auch für das Sterbegeld anordnen (§ 484 Abs. 2).

---

1) über die näheren Bestimmungen vgl. §§ 149—152.

2) Hierzu sind aber hier, wie sich aus dem Zusammenhang ergibt, nicht zu zählen: die Zuschüsse zu größeren Heilmitteln, Erstattung von Auslagen für Krankenpflegekosten u. s. w. v. Frankenberg § 484 Anm. 2.

3) Die allgem. Begr. S. 102 führt zur Erläuterung folgendes Beispiel an: für einen Hausgewerbtreibenden sind im Laufe des Jahres 1911 insgesamt 19,05 Mark an Zuschüssen der Auftraggeber eingegangen, während er selbst Mark 26.— an Kassenbeiträgen einzuzahlen hatte. In diesem Falle hat ihm und den vom ihm beschäftigten hausgewerblich Versicherten während des ganzen Jahres 1912 die Kasse im Erkrankungsfalle Krankengeld im Verhältnis von 19,05 : 26, mithin drei Viertel des vollen satzungsmäßigen Betrags zu zahlen. Zuschüsse, die während des Jahres 1912 eingehen, werden erst im folgenden Jahre berücksichtigt.

Vollständiger oder teilweiser Wegfall der Barleistungen außer des Sterbegeldes. Kürzung des Sterbegeldes

Das Krankengeld, sowie die anderen Barleistungen außer dem Sterbegeld können für die Mitglieder der LKK aus verschiedenen Gründen wegfallen oder eingeschränkt werden. Zunächst trifft dies in weitgehendem Maße bei den landwirtschaftlich Beschäftigten zu. Nach §§ 420, 425 können diese Barleistungen vollständig wegfallen, wenn den Beschäftigten Ansprüche auf Sachleistungen gegen ihren Arbeitgeber zustehen, durch die sie einen genügenden Ersatz haben.

Die Voraussetzungen sind:

1. ein Antrag des Arbeitgebers bei der Kasse,
2. ein auf mindestens ein Jahr abgeschlossener Arbeitsvertrag,
3. ein Bezug des Versicherten an Sachleistungen im dreihundertfachen Werte der satzungsmäßigen täglichen Barleistungen oder Bezug eines Entgelts für den Arbeitstag im Werte dieser Leistungen,
4. ein Rechtsanspruch auf diese Leistungen gegen ihren Arbeitgeber für die Geltungsdauer des Arbeitsvertrags.

Sind die Ansprüche auf Sachleistungen geringer als die unter Nr. 3 bezeichneten, so kann die Satzung mit Zustimmung des OVA die Barleistungen entsprechend kürzen (§ 421). Gegen eine Nichterfüllung seiner vertragsmäßigen Leistungen durch den Arbeitgeber schützt das Gesetz den erkrankten Versicherten dadurch, daß ihm dann die Krankenkasse auf seinen Antrag das Krankengeld und die übrigen Barleistungen zahlt. Um die Kasse vor Schaden zu bewahren, steht ihr ein Erstattungsanspruch gegen den Arbeitgeber zu. Ist der Versicherte nach Ablauf des Arbeitsvertrages noch krank und arbeitsunfähig, dann tritt der Anspruch auf die Barleistungen wieder in Kraft. Auch hier hat dann der Arbeitgeber die Leistungen zu erstatten. Beide Erstattungsansprüche haben das Vorzugsrecht im Konkurse nach § 61 Nr. 1 KO. Bei einem Streit über diese Ansprüche entscheidet das VA im Spruchverfahren (§ 422).

Diese Bestimmungen der §§ 420—422, 425 gelten aber nicht nur für die LKK, sondern für alle Kassen, in denen landwirtschaftlich Beschäftigte versichert sind.

Weitere Einschränkungen kann die Satzung der LKK und nur diese zwecks Erleichterung der Lasten der Krankenversicherung für die Landwirtschaft anordnen. Steht dem Versicherten auf Grund der RVO eine dauernde Rente mindestens im dreihundertfachen Betrage der satzungsmäßigen täglichen Barleistungen zu, dann kann die Satzung mit Zustimmung des OVA bestimmen, daß er keine Barleistungen erhält, da er einen gewissen Ersatz des Arbeitsverdienstes bereits in der Rente hat (§§ 423, 425). Bei sehr geringer Arbeitsfähigkeit landwirtschaftlicher, sowie unständig Beschäftiger kann die Satzung mit Zustimmung des OVA, um sie vor völliger Arbeitslosigkeit zu schützen[1]) den Grundlohn noch niedriger als den Ortslohn festsetzen, so daß die Barleistungen sich dementsprechend verringern (§ 423 Abs. 3).

---

1) Komm B II S. 399.

In allen aufgeführten Fällen bleibt das Sterbegeld unberührt (§ 425).

Das Krankengeld und — bei Gewährung erweiterter Krankenpflege — das Hausgeld können durch die Satzung mit Zustimmung des OVA für die Zeit vom 1. Oktober bis 31. März oder einen Teil dieser Zeit allgemein oder nur für gewisse Gruppen Versicherter bis auf ein Viertel des Ortslohns herabgesetzt werden. Als Ausgleich können diese Leistungen für die übrige Zeit in den zulässigen Grenzen erhöht werden (§ 424). Diese Bestimmung bezweckt die Gefahr der Simulation, die in den beschäftigungslosen Wintermonaten und auf dem Lande besonders groß ist, zu bekämpfen. Sie hat in den Verhandlungen heftigen Widerstand gefunden und ist erst angenommen worden, nachdem die Ausnahme gewisser Gruppen gewährleistet war. Gedacht ist hierbei hauptsächlich an die Saisonarbeiter, die im Sommer mit hohem Lohn einer OKK angehören und im Winter in der Heimat z. B. als Holzhauer Arbeit finden.[1]) Diese Bestimmung über die Kürzung des Krankengeldes ist äußerst unpraktisch, denn sie verfehlt voraussichtlich vollständig ihren Zweck, da sie sehr leicht durch Satzungsänderung auf Beschluß des Ausschusses in einfacher Abstimmung, wobei die Versicherten immer die Mehrheit haben, beseitigt werden kann. Dagegen kann nicht verhindert werden, daß sie sehr zur politischen Agitation ausgenutzt wird, wie dies ja schon in den Reichstagsverhandlungen angekündigt worden ist.

Herabsetzung des Wochengeldes Eine Herabsetzung des Wochengeldes im Sinne des § 424 ist schon in der Begründung (S. 230) als unmöglich anerkannt, da sich nicht gut ein Ausgleich für den Fall schaffen läßt, daß die Entbindung in die Sommermonate fällt.

Sehr bedauerlich ist aber der vom Reichstag in letzter Stunde gefaßte Beschluß für die nicht unter der GewO stehenden Versicherten durch die Satzung der LKK den Wochengeldbezug auf 4 Wochen einzuschränken (§ 195, Abs. 2). Betroffen werden hiervon vor allem wieder die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiterinnen, ferner die landkrankenkassenpflichtigen Dienstboten und die unständig Beschäftigten, soweit sie nicht im Gewerbe beschäftigt sind, z. B. Waschfrauen, Plätterinnen in Haushaltungen.[2]) Die Bestimmung steht in starkem Widerspruch zu den in den letzten Jahren hervorgetretenen Bestrebungen und Fortschritten auf dem Gebiete der Säuglings- und Wöchnerinnenfürsorge. Gerade durch den Ausbau der Wochenhilfe im Wege der Krankenversicherung könnten allgemeinere, durchgreifendere Erfolge auf diesem Gebiete erzielt werden. Bei einer satzungsmäßigen Ausgestaltung der Mehrleistung ist eine Berücksichtigung der Wochenhilfe besonders zu empfehlen,[3]) denn gerade in den Bezirken, für die die LKK hauptsächlich in Betracht kommen (der Osten Preußens und Bayern) ist die Wöchnerinnenerkrankung und die Säuglingssterblichkeit noch am größten.

---

1) Komm B II S. 400.
2) v. Frankenberg § 195 Anm. 10.
3) vgl. hierzu die Gesichtspunkte in Zentralbl. 12 S. 276.

Beschränkung auf die Regelleistungen Eine kleine Benachteiligung gegenüber den anderen Kassenmitgliedern trifft die unständig Beschäftigten, insofern sie einen Anspruch auf eingeführte satzungsmäßige Mehrleistungen nur dann haben, wenn es die Satzung ausdrücklich bestimmt (§ 450, Abs. 3). Diese Bestimmung ist aber gerechtfertigt mit Rücksicht auf die größeren Verwaltungskosten und häufigeren Beitragsverluste, sowie die ungünstigen Risiken, die sie bieten. Aus denselben Gründen kann die Satzung auch für unständig oder hausgewerblich Beschäftigte den Bezug der Kassenleistungen von einer Wartezeit von höchstens 6 Wochen abhängig machen (§§ 451, 487). Auch die im Wandergewerbe Beschäftigten erhalten nur die Regelleistung, da es bei der häufigen Abwesenheit aus dem Bezirk ihrer Kasse und der dadurch bedingten vorläufigen Unterstützungspflicht einer anderen Kasse vielfach unmöglich ist, dieser die genauen satzungsmäßigen Leistungen der ersatzpflichtigen Kasse mitzuteilen (§ 462). Auf ausdrückliche Anordnung der Satzung können aber auf Antrag des Versicherten die Mehrleistungen für ihn oder seine Angehörigen, z. B. Familienhilfe gewährt werden, solange sie sich im Bezirk der Kasse aufhalten. Dabei stehe ich auch auf dem Standpunkt, daß durch ein Verlassen des Kassenbezirks und eine spätere Rückkehr diese Vergünstigung nicht wegfällt,[1]) denn die Beschränkung auf die Regelleistungen ist ja nicht z. B. als Strafe für eine Beschäftigung außerhalb des Kassenbezirks gedacht, und der Grund ihrer Anordnung fällt weg, sobald sich die unterstützungsbedürftigen Personen wieder im Kassenbezirk aufhalten.

Minderung der Kassenleistungen bei Rückstand in der Beitragszahlung Bei den beiden Gruppen von Versicherten, die ihre Beiträge selbst einzuzahlen haben, den unständig Beschäftigten und den Hausgewerbtr. liegt die Gefahr äußerst nahe, daß sie infolge ihrer ungünstigen wirtschaftlichen Lage ihrer Beitragspflicht nicht oder nicht regelmäßig nachkommen. Sie aber bei unregelmäßiger Beitragszahlung von allen Kassenleistungen auszuschließen, geht nicht an, da dann die Kasse um die Beiträge des Gemeindeverbands und die Auftraggeberzuschüsse ungerechtfertigt bereichert wäre. Dagegen kann sie sich gegen Schaden schützen, indem sie ihre Barleistungen kürzt.

Unmittelbar auf dem Gesetz beruht die Kürzung für unständig Beschäftigte (§ 452). Diesen wird nur Krankenpflege und ein Sterbegeld im Höchstbetrage von Mk. 30.— gewährt:

1. wenn sie im Laufe der letzten 26 Wochen vor der Erkrankung für mehr als 8 Wochen ihren Beitragsanteil nicht geleistet haben, oder
2. wenn ihre Mitgliedschaft noch nicht 26 Wochen besteht und sie ihren Beitragsteil für mehr als ein Viertel der Versicherungsdauer nicht geleistet haben.

Auf Anordnung der Satzung mit Zustimmung des OVA kann dem hausgewerblich Versicherten das Krankengeld und die anderen Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes ganz oder teilweise gekürzt oder einbehalten werden, wenn der Hausgewerbtr. mit seinen Beiträgen im Rückstand ist

---

1) vgl. v. Frankenberg § 462 Anm. 6.

(§§ 483, 484). Auf die Dauer des Rückstands kommt es dabei im Gegensatz zu dem vorerwähnten § 452 nicht an.

Erweiterte Krankenpflege An Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes kann die Satzung der LKK allgemein oder nur für einzelne Gruppen von Versicherten die erweiterte Krankenpflege einführen. Diese besteht in der Gewährung von Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus oder einer ähnlichen Heilanstalt (§ 429). Ob und in welcher Höhe neben der Krankenhauspflege noch ein Hausgeld gewährt wird, bestimmt die Satzung (§ 432 Abs. 1). Ebenso kann bei erweiterter Krankenpflege für das Sterbegeld ein Höchstbetrag von Mark 30.— festgesetzt werden (§ 432 Abs. 2). Sie ist für die landwirtschaftlich Beschäftigten, Dienstboten und hausgewerblich Ve rsicherungspflichtigen an gewisse Voraussetzungen gebunden, während für die unständig Beschäftigten die Satzung nach freiem Ermessen die Kassenleistungen und damit auch die erweiterte Krankenpflege festgesetzt. Die im Wandergewerbe Beschäftigten erhalten die Regelleistungen, daher auch ohne weiteres die erweiterte Krankenpflege, sobald sie zur Regelleistung erhoben ist.

Die Krankenhauspflege soll dazu dienen, die Krankenpflege wirksamer durchzuführen und zu verbilligen, da auf dem flachen Lande die Arztkosten durch die großen Entfernungen erheblich verteuert werden. Indirekt dient diese Anordnung auch der Förderung der Errichtung von Krankenhäusern auf dem flachen Lande, da solche in genügender Anzahl vorhanden sein müssen, um die Krankenhauspflege durchführen zu können. Zur Durchführung ist aber auch ein bis zu einem gewissen Grade ausgebildetes Krankentransportwesen erforderlich. Die satzungsmäßige Einführung der erweiterten Krankenpflege kann daher nicht ohne weiteres erfolgen, sondern das Gesetz knüpft sie an das Vorliegen folgender Voraussetzung:

1. Die OVB muß die Einführung für das Gebiet des Bundesstaates oder Teile desselben allgemein gestattet haben (§ 426).
2. Eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit der beteiligten Arbeitgeber und Arbeitnehmer infolge besonders geschwächter wirtschaftlicher Lage müßte eintreten (§ 427 Nr. 1).
3. Die Durchführung muß durch eine ausreichende Zahl von Krankenhäusern und ähnlichen Heilanstalten auch wirklich gesichert sein (§ 427 Nr. 2).
4. Die Zustimmung des OVA muß vorliegen, — oder diejenige der OVB in solchen Bezirken, in denen die beteiligten Mitglieder, — landwirtschaftlich Beschäftigte, Dienstboten und Hausgewerbtr. (§§ 428, 435, 487) — bereits nach den allgemeinen Vorschriften des 2. Buches der RVO oder nach dem KVG versichert waren (§ 428).

Eine Abweichung von diesen Voraussetzungen besteht für die Einführung der erweiterten Krankenpflege für die Dienstboten, insofern sie nicht von der zweiten Voraussetzung (Gefährdung der Leistungsfähigkeit) abhängig gemacht und für die erforderliche Zustimmung immer das OVA zuständig ist (§ 435).

Mit der Einführung der erweiterten Krankenpflege tritt der Krankenhauszwang fast allgemein über den Rahmen des § 184 hinaus ein. Dadurch

hat der Erkrankte einerseits einen Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege, andererseits aber muß er sich auch damit begnügen, ohne daß seine Zustimmung erforderlich ist, oder ihm ein Ablehnungsrecht zusteht. Aus diesem Grunde wurde besonders die Einführung für landwirtschaftlich Beschäftigte bekämpft.

Die Satzung der LKK kann die erweiterte Krankenpflege auf solche Versicherungsfälle beschränken, die während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft (§ 214) eintreten § 432 Abs. 2.

Ausschluß der Krankenhauspflege

Der Anspruch des arbeitsunfähig Erkrankten auf die erweiterte Krankenhauspflege entfällt

1. wenn nach den ärztlichen Gutachten die Unterbringung in eine Heilanstalt die Heilung nicht fördern würde (§ 430 Abs. 1),
2. wenn die Unterbringung undurchführbar ist, z. B. aus Mangel eines geeigneten Krankenhauses oder geeigneter Transportmittel,
3. bei Dienstboten, wenn die Unterbringung in eine Heilanstalt nach dem ärztlichen Gutachten nicht notwendig und ein entsprechender Antrag des Versicherten selbst oder seines Dienstberechtigten gestellt ist (§ 435).

In diesen drei Fällen hat die LKK die gesetzliche Krankenhilfe (Krankenpflege und Krankengeld) zu gewähren (§ 430 Abs. 2). Hierbei kann aber die Satzung bestimmen, daß solchen landwirtschaftlich Versicherten, denen Sachleistungen nach den §§ 420, 421 zustehen, das Krankengeld ganz oder teilweise nicht ausgezahlt, sondern auf die demnächst fälligen Beiträge für die Versicherten nach näherer Bestimmung der Satzung verrechnet wird.

Bei den Dienstboten kann kraft Gesetzes nicht nur in den vorliegenden Fällen, sondern allgemein und bei allen Krankenkassenarten der Dienstberechtigte das Krankengeld auf den Lohn anrechnen, den er diesen während der Krankheit weiterzuzahlen hat (§ 436). Ferner gilt für alle KK die für die Dienstboten getroffene Bestimmung des § 437. Hiernach muß die KK dem in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Dienstboten die erweiterte Krankenpflege gewähren, auch wenn sie diese nicht durch die Satzung eingeführt hat, wenn:

1. die Krankheit ansteckend ist oder der Dienstbote nach ihrer Art in der häuslichen Gemeinschaft nicht oder nur unter erheblicher Belästigung des Dienstberechtigten behandelt oder verpflegt werden kann und
2. der Dienstberechtigte oder der Dienstbote es beantragt.

Bei Streitigkeiten zwischen dem Dienstberechtigten und der Kasse über die Art der Verpflichtung nach § 427 entscheidet das VA ohne Zuziehung der Beisitzer (§ 1781) endgültig, da hier eine rasche Entscheidung notwendig ist. Dabei kann das VA die Kasse auf ihren Antrag von der erweiterten Krankenpflege in Fällen entbinden, in denen sich diese ohne Verschulden der Kasse nicht durchführen läßt (§ 438). Entsteht dagegen Streit zwischen den Dienstboten und der Kasse, dann entscheidet das VA im Spruchverfahren (§§ 636, 1661), sodaß Berufung möglich ist. Diese verschiedene Behandlung

erklärt sich daraus, daß bei dem nachträglichen Einfügen der Worte „oder der Dienstboten" in § 437 [1]) die entsprechende Aenderung des § 438 offenbar übersehen wurde. [2])

Ablehnung der Krankenhauspflege

Wie bereits oben gesagt, steht den Versicherten bei erweiterter Krankenpflege kein Ablehnungsrecht zu. Verweigert der Erkrankte trotzdem die Annahme der Krankenhauspflege, so sind in den Folgen zwei Fälle zu unterscheiden:

1. Er lehnt die Krankenhauspflege da ab, wo sie nach § 184, Abs. 3 seiner Zustimmung nicht bedarf. Hier trifft ihn als Rechtsfolge, solange er sich weigert, der Verlust sämtlicher Kassenleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut des § 184, wonach die Krankenhauspflege „an Stelle" der Krankenpflege und des Krankengeldes gewährt wird. [3])
2. Er lehnt sie da ab, wo sie nach § 184 seiner Zustimmung bedürfen würde, nämlich, wenn er einen eigenen Haushalt hat, oder Mitglied des Haushalts seiner Familie ist. In diesem Falle hat er, sofern die Satzung der LKK nichts anderes bestimmt, nur einen Anspruch auf Krankenpflege, und wenn er bisher von seinem Arbeitsverdienst Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, neben der Krankenpflege noch einen Anspruch auf das halbe Krankengeld (§ 431).

Vorschußpflicht der Gemeindeverbände

Zum Schluß sei noch auf die Bestimmung des Art. 16 EG RVO hingewiesen. Um den neu errichteten LKK, die noch nicht über genügende Einnahmen und Vermögen verfügen, die nötigen Mittel zur Bestreitung ihrer Ausgaben, besonders ihrer Leistungen zu verschaffen, ohne sie auf den Weg der Anleihe zu verweisen, werden danach die Gemeindeverbände verpflichtet, ihnen während der ersten 3 Jahre nach dem Inkrafttreten der RVO — das ist also bis zum 1. Januar 1917 — die erforderlichen Vorschüsse zu leisten.

---

1) Komm B II S. 411.
2) Hoffmann § 438 Anm. 2.
3) Hoffmann § 184 Anm. 7; Arb. Vers. 97 S. 103; 01 S. 11.

Lebenslauf.

Ich bin geboren zu Ober-Ingelheim a. Rh. am 6. Mai 1889 als Sohn des Gemeindeeinnehmers Friedrich Obernheimer II. Am 13. Februar 1909 erlangte ich nach einer zweijährigen Unterbrechung des Schulbesuchs das Zeugnis der Reife der Gr. Oberrealschule zu Mainz. Hierauf widmete ich mich dem Studium der Rechtswissenschaft an den Universitäten Heidelberg, Göttingen und Marburg und bestand am 16. November 1912 vor der Kgl. Prüfungskommission in Cassel die erste juristische Prüfung mit dem Prädikat „gut". Daraufhin wurde ich im Februar 1913 zum Referendar in Schubin (Provinz Posen) ernannt und bis zum 15. Mai 1913 beurlaubt. Das Rigorosum bestand ich am 6. Mai 1913 mit dem Prädikat „magna cum laude".